

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

PROPUESTA DE CREACIÓN DE UN CENTRO ESPECIALIZADO DE DÍA PARA ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS QUE NO REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN

Alumna: Lázaró Alberó, Laura

Directora: Fernández del Río, Elena

Grupo: 3

Zaragoza, Julio de 2012



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría a través de estas líneas poder expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me han ayudado y han colaborado en la elaboración del presente Trabajo Final de Grado.

En especial a la profesora Elena Fernández del Río, la persona que ha dirigido mi trabajo durante todo el segundo cuatrimestre del año 2012. Me ha orientado en todo momento, ha realizado un seguimiento constante y ha supervisado continuamente este trabajo, pero sobre todo he recibido un gran apoyo por su parte. En primer lugar por confiar en mí a la hora de dirigir este trabajo porque me ha servido de gran motivación para seguir adelante en momentos difíciles y ha mostrado gran interés por ayudarme.

También agradezco al Tribunal que va a evaluar este trabajo la dedicación y el tiempo que van a dedicar a la lectura y las posibles correcciones que puedan hacerme para darme cuenta de mis errores y poder mejorar en el futuro.

Gracias a María Teresa Ruiz Vecino, la trabajadora social del Centro de Salud de Torre Ramona, por su gran profesionalidad, por transmitirme el interés en trabajar con personas con enfermedad mental. De ahí nace la idea de este proyecto, de un trabajo que se realizó en el periodo de las prácticas externas con la creación de un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) con enfermos mentales.

Por último agradecer a la Facultad de las Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza, la oportunidad de formarme durante estos cuatro años y por formar año a año a más profesionales.

A todos ellos, muchas gracias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4-10
1.1. Objeto del trabajo	5-7
1.2. Metodología empleada.....	7-9
1.3. Estructura.....	9-10
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	11-25
2.1. Enfermedad mental y esquizofrenia.....	12-15
2.2. Perfil del usuario enfermo mental con esquizofrenia.....	15-16
2.3. Apoyo social, institucional y familiar.....	16-19
2.4. Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental.....	19-21
2.5. Rehabilitación psicosocial.....	21-25
2.5.1. <i>¿Qué es la rehabilitación psicosocial?</i>	21-22
2.5.2. <i>¿Qué objetivos tiene?</i>	22-23
2.5.3. <i>Áreas que se trabajan en rehabilitación psicosocial</i>	23
2.5.4. <i>Eficacia de la rehabilitación psicosocial</i>	23-25
3. PROPUESTA DE CENTRO DE DÍA PARA ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS.....	26-67
3.1. Objetivos.....	26-28
3.2. Metodología.....	28-37
3.2.1. <i>Población beneficiaria</i>	28-30
3.2.2. <i>Instrumentos de evaluación</i>	30-32
3.2.3. <i>Procedimiento</i>	32-37
3.3. Análisis de la realidad.....	37-39
3.3.1. <i>Localización</i>	37
3.3.2. <i>Servicios e infraestructuras</i>	38

3.3.3. Comunicaciones y accesos.....	38
3.3.4. Diagnóstico.....	39
3.4. Actividades y tareas.....	40-51
3.4.1. Área individual de mejora del funcionamiento psicosocial del usuario.....	40-45
3.4.2. Área familiar.....	46-47
3.4.3. Área social.....	47-48
3.4.4. Área laboral.....	48-51
3.5. Temporalización y cronograma.....	51-56
3.6. Recursos necesarios.....	57
3.6.1. Recursos humanos.....	57-62
3.6.1.1. Organigrama.....	58
3.6.1.2. Titulaciones, funciones y responsabilidades del personal del Centro.....	58-61
3.6.1.3. Ratios de profesionales/usuarios.....	61-62
3.6.2. Recursos materiales.....	62-63
3.6.3. Recursos técnicos.....	63
3.6.4. Recursos económicos.....	63
3.7. Financiación y presupuesto.....	64-66
3.8. Evaluación del proyecto.....	66-67
4. CONCLUSIONES.....	68-71
5. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.....	72-76
6. ANEXOS.....	78-95

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objeto del trabajo

Elaborar un proyecto supone un esfuerzo temporal y una previa organización de un conjunto de acciones y actividades a realizar, que precisan de recursos humanos, financieros y técnicos, para un determinado sector o área, siempre con el fin de conseguir ciertos objetivos y metas (Ander-Egg y Aguilar, 1989).

Este proyecto se basa en la creación de un centro de día para la rehabilitación psicosocial de individuos que padecen algún tipo de patología mental grave. Se tratará de un centro privado sin ánimo de lucro dedicado a tareas de carácter social en el ámbito de la salud mental en Zaragoza.

Las personas con un trastorno mental grave constituyen un colectivo que presentan dificultades en su funcionamiento personal, en la convivencia familiar y en su integración en el entorno donde viven (Brandt, 1983). Por ello, se plantea la creación de este centro de día de rehabilitación psicosocial privado/concertado, con el objetivo de que puedan desarrollar en él actividades de apoyo que faciliten la mejora de su autonomía personal y su integración socio-laboral en la comunidad, en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida.

Este proyecto consiste en apoyar a un colectivo de personas que están afectadas por trastornos mentales graves, son clientes o usuarios de los servicios de salud pero que, en cuanto a la evolución de su trastorno, requieren también de recursos de apoyo social ligados al proceso de evolución de la enfermedad mental, que les facilite la integración en su entorno natural (Jiménez, Maestro y Moreno, 2004). Además, conviene señalar que el sentido de la atención socio-sanitaria supone disponer de recursos de rehabilitación

psicosocial para todos los usuarios. Sin embargo, al menos por el momento, no se dispone de dichos recursos en las zonas rurales en igualdad de acceso con las zonas urbanas de Zaragoza.

Por todo ello, el presente proyecto nace de la necesidad de utilizar en modo más apropiado los recursos humanos y técnicos en el campo de la salud mental a nivel local, para garantizar resultados más efectivos y duraderos en el tiempo. Es una evidencia constatada que el colectivo de personas que padecen patologías psiquiátricas graves no sólo precisan de una atención sanitaria adecuada, sino que precisan también de otras actuaciones como la educativa, rehabilitadora y potenciadora de su reinserción social, por lo que constituyen un colectivo muy vulnerable con escasos recursos, con alto riesgo de marginación y bajo un estigma social muchas veces, que dificulta su integración social y la de sus familias (Brandt, 1983). Recursos como el centro de día de rehabilitación psicosocial buscan precisamente favorecer la autonomía personal de los enfermos para que puedan enfrentarse a la vida diaria.

Este Centro de día de rehabilitación psicosocial se dedicará a la integración social del enfermo mental con algún tipo de patología grave, ofreciendo más recursos a las personas que sufren estas patologías. Esta organización privada se espera que esté en funcionamiento a principios de 2013, y contará con la financiación de diversas entidades públicas y privadas.

El centro generará además unos 15 puestos de trabajo fijos entre profesionales, auxiliares y personal administrativo, que se encargarán de atender a los usuarios.

La puesta en marcha de este proyecto en Aragón es importante en la medida en que existen pocos centros de este tipo, a pesar de que sabemos que los resultados de estos centros con sus usuarios son muy positivos, según

el Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Con el siguiente proyecto no solo se busca mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, sino también la de sus familias, porque estas patologías hacen muy difícil la convivencia familiar y social de los enfermos y se requieren apoyos y recursos muy específicos que han sido reconocidos por ley (Ley 14/1986, de 25 abril de 1986, General de Sanidad) donde se reconoce el derecho de todos los ciudadanos/as a que tengan protección de la salud, y para que esto sea efectivo, los poderes públicos tienen que adoptar medidas para llevarlo a cabo. Más concretamente, se dice que "La ley establece que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional". (http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.tp.html)

En definitiva, este proyecto se fundamenta en la necesidad de un abordaje multidisciplinar en el área de la salud mental, centrándose principalmente en las necesidades sociales de este colectivo. Por ello, se quieren potenciar todas las capacidades humanas para lograr mayores cotas de salud mental, garantizar los cuidados y la calidad de vida de los que no tienen capacidad para gobernarse por ellos mismos. El fin último de este proyecto no es otro que incidir en la mejora de la calidad de vida y salud mental.

1.2. Metodología

Cabe señalar que, para llevar a cabo la elaboración de este trabajo de Fin de Grado, se ha dedicado especial atención en todo momento a preservar el rigor metodológico propio de las ciencias sociales, de calidad y eficacia notorias, que resultará de utilidad durante todo el trabajo realizado.

Teniendo en cuenta que el proyecto se centra en una situación social bien definida y centrada en una población específica como son los enfermos mentales que padecen esquizofrenia, se han seguido las fases que se comentan brevemente a continuación.

En la primera fase de este trabajo se procedió a la búsqueda de información, con el fin de contextualizar el proyecto de intervención en este colectivo. En un principio, se realizó una búsqueda general de información para poder determinar la magnitud del problema a estudiar, las posibles causas, consecuencias, los estudios realizados en base a este tema, la existencia de centros similares en la ciudad de Zaragoza (ej., Centro de Día San Carlos de Caritas, Centro Psiquiátrico de Sádaba, Rey Ardid, Neuropsiquiátrico de Nuestra Señora del Carmen) y la legislación que rige dicha problemática.

Para ello se consultaron diversas fuentes bibliográficas, entre ellas, diversos libros específicos sobre las enfermedades mentales, en concreto sobre la esquizofrenia, libros de habilidades sociales, cómo trabajar con este colectivo de personas desde el trabajo social, etc. Se realizaron diversas búsquedas en las bases de datos Scopus, Dialnet, Social Work Abstracts, Psycodoc, PsycINFO y el catálogo Roble. Se ha consultado además el contenido de revistas científicas como *Psicothema*, *Papeles del Psicólogo* o *Rehabilitación Psicosocial*, entre otras, en las que se han encontrado publicaciones científicas relacionadas con el tema del presente trabajo. Por último, se ha consultado el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000).

Con toda la información encontrada se fue conformando una imagen genérica y amplia sobre la salud mental y la esquizofrenia que ha servido de gran ayuda a la hora de fundamentar el marco teórico.

La segunda fase se basó en el diseño concreto del proyecto de creación del Centro Especializado de Día para Enfermos Mentales crónicos que no

requieren hospitalización. La idea de creación de este dispositivo surge por la motivación y el interés propio de colaborar en la integración de un colectivo de personas con patologías mentales graves, pues a pesar de que existe una gran demanda de plazas para ingresar en centros con estas características, actualmente los recursos específicos disponibles destinados a satisfacer sus necesidades son más bien escasos.

Dentro de esa fase, en un primer momento se delimitó la población beneficiaria del centro, en base a la propia experiencia adquirida durante la realización de las prácticas externas. Fue por esto que la población a la que va dirigida la creación de este centro de día serán enfermos mentales crónicos que no requieren hospitalización, principalmente con diagnóstico de esquizofrenia. Técnicas como la observación y las entrevistas realizadas a pacientes esquizofrénicos llevadas a cabo durante el periodo del practicum de intervención han sido claves de cara al diseño del centro de día.

1.3. Estructura

La estructura seguida en este proyecto ha sido la establecida por la Facultad de las Ciencias Sociales y del Trabajo, que aparece recogida en las "Directrices sobre metodología y criterios de evaluación. Información general, estructura y normas de presentación", aprobadas por la Comisión de Garantía de la Calidad el día 16 de febrero de 2012. El sistema de citas y referencias bibliográficas empleados han sido los recomendados por el Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association, sexta edición.

El presente proyecto tiene una estructura bien diferenciada en 6 bloques: Introducción: donde se explica brevemente en que va a consistir el proyecto, el por qué se centra en el ámbito de la salud mental, y las fases que se han utilizado; después se explica en el marco teórico-conceptual en el que se ha pretendido por un lado aclarar a grandes rasgos en que consisten las enfermedades mentales y en concreto en la que se centra el proyecto (esquizofrenia) y la transcendencia que tiene la misma. Y por otro lado se

define que es la rehabilitación psicosocial que será de gran relevancia dentro del proyecto; el tercer bloque consiste en el desarrollo de la propuesta del Centro de Día para enfermos mentales crónicos; y después se da paso a las conclusiones generales de todo este proyecto. También es importante hacer referencia al bloque de la bibliografía y webgrafía utilizada para llevar a cabo el documento y ya por último un apartado de anexos para reforzar este proyecto. En el índice se recogen los títulos de los diferentes apartados y subapartados que conforman este proyecto y se consigna la página en la que comienzan cada uno de ellos.

2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1. Enfermedad mental y esquizofrenia

La Organización Mundial de Salud (OMS) entiende por salud mental “el Estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a la vida de su comunidad” (http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).

Esta misma organización señala como enfermedades mentales los problemas psíquicos, la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables, como la esquizofrenia y la depresión.

A la vista de lo que recoge la OMS, podría deducirse sin salud mental no hay salud y viceversa, ya que las personas que gozan de un buen estado mental pueden desarrollar correctamente su potencial intelectual y emocional, así como por ejemplo encontrar y desempeñar funciones en la sociedad como ir a la escuela, encontrar trabajo, formarse, etc. Sin embargo, las personas que sufren y padecen enfermedades mentales suponen bastantes costes, pérdidas y cargas para los sistemas sociales.

A continuación, se comenta detalladamente la situación de la Salud Mental en Europa, España y Aragón.

Las enfermedades mentales constituyen actualmente un reto para la Unión Europea (UE). Se considera que uno de cada cuatro europeos adultos padece un trastorno mental, lo que ocasiona que cada año se registren al menos 58.000 suicidios, una cifra que supera significativamente la correspondiente a las muertes por accidentes de tráfico. Dentro de las enfermedades mentales, las más frecuentes son la depresión y la ansiedad, hasta el punto de que se ha llegado a plantear que la depresión podría

convertirse en la primera causa de enfermedad en el mundo desarrollado en el año 2020 (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005).

Según el Libro Verde, desde el punto de vista económico, las enfermedades mentales cuestan a la UE entre un 3 y un 4 % de su producto interior bruto (PIB), esto se debe a las pérdidas de productividad que provocan y a las cargas suplementarias que entrañan para los sistemas sociales, sanitarios, educativos y judiciales. La cara más cruda de la enfermedad mental es la estigmatización de quienes padecen estos problemas. Las personas con discapacidad psíquica o con una enfermedad mental se enfrentan continuamente a prejuicios y aprensiones, que hacen que aumente su sufrimiento y se incremente la probabilidad de ser excluidos de la sociedad (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005).

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2006), en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud aprobada el 11 de Diciembre de 2006, indica que:

“El 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental. En España, algo más del 15% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro” (p. 13).

Según este documento, más de la mitad de personas que necesitan tratamiento por un problema mental o no reciben el adecuado o directamente no lo reciben. Se indica también que la tasa de mortalidad por suicidio en personas enfermas de esquizofrenia es 9 veces mayor que en la población en general. Por ello, muchas veces se tiende a crear estereotipos sobre los enfermos mentales, considerándolos personas “peligrosas”.

En esta misma línea, en un estudio hecho por la Comunidad de Madrid y la Obra Social de Caja Madrid (2006) concluye que el 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las propias personas que

padecen una enfermedad mental crónica piensan que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no son hospitalizadas. Sin embargo el 99% de los profesionales no lo cree así. En este trabajo se indica también que para estas personas con enfermedad mental el principal problema de discriminación reside en el ámbito laboral, pues únicamente el 5% de ellas tiene un empleo regular (Comunidad de Madrid, 2006).

Por lo que respecta a la Comunidad Autónoma de Aragón, el Servicio Aragonés de Salud (2007) se ocupa de aquellos casos de deterioro psicológicos, así como de problemas de tipo emocional, cognitivo o comportamental, que precisan de atención especializada por un profesional de salud mental, tanto si quien lo padece es consciente de necesitarlo y acude voluntariamente, como si es el entorno el que lo solicita, motivado por el malestar generado en la comunidad.

La atención que brinda el Servicio Aragonés de Salud a los enfermos mentales se define como **integral**, pues además de prestar cuidados a los enfermos, se encarga de otras funciones como la promoción, la prevención de la salud y la rehabilitación de posibles discapacidades que puedan originarse en este tipo de ciudadanos. Se trata, además, una atención **global**, es decir, en la que se combinan recursos sociales, laborales, educativos, sanitarios y judiciales, y en **comunidad**, donde se procura no separar de su entorno al enfermo salvo en situaciones excepcionales.

La atención a los enfermos mentales en Aragón se fundamenta en una *red asistencial*, esto es, la atención a estos individuos está formada por varios niveles y dispositivos, en cuyo centro se encontrará el ciudadano, de manera que si el paciente lo necesita se vea atendido a lo largo de la evolución de su enfermedad. Los responsables de llevar a cabo este diseño en red son los *equipos multidisciplinares*, formados por profesionales de diferentes titulaciones y número dependiendo del tipo de dispositivo. Generalmente cuentan con enfermera, psiquiatra y psicólogo, aunque también pueden trabajar con enfermos mentales profesionales como los terapeutas

ocupacionales, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, monitores de taller, auxiliares administrativos, etc.

2.2. Perfil del usuario enfermo mental con esquizofrenia

Existen numerosas categorías de trastornos mentales, con mayor o menor gravedad tanto en la vivencia subjetiva del individuo como en su repercusión dentro del funcionamiento social. Este proyecto se va a centrar en los trastornos psicóticos, concretamente en la esquizofrenia, cuya prevalencia en la población se estima en torno al 1% (APA, 2000).

La **esquizofrenia** podría ser definida como un conjunto de severos síntomas psicológicos, los cuales hacen que resulte complicado trabajar y relacionarse con el entorno más cercano, incluso con otras personas. Como síntomas “positivos” se incluyen las alucinaciones, los pensamientos y formas de hablar incoherentes, la ansiedad o paranoia incontrolable e intensa y todo tipo de comportamientos extraños. Por otro lado están los síntomas negativos, como la pérdida de expresiones emocionales, experiencias vividas, pérdida también de iniciativa y poder, de interesarse por las cosas, de experimentar nuevos placeres, y sobre todo la tendencia al aislamiento (Seva, 1996).

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), para que una persona reciba un diagnóstico de esquizofrenia tiene que presentar varios síntomas (ideas delirantes; alucinaciones; lenguaje desorganizado; comportamiento catatónico o gravemente desorganizado; síntomas negativos, como aplanamiento afectivo, alogia o abulia), y cada uno de ellos puede tener una duración significativa de un periodo de un mes aproximadamente o incluso menos si se ha tratado conforme es debido. Es muy importante tener en cuenta la *disfunción social/laboral*, ya que durante una parte importante del tiempo desde que da comienzo la alteración de la persona que padece esquizofrenia, se verán afectadas una o más áreas de su actividad cotidiana, como el trabajo, las relaciones interpersonales y el autocuidado, que se verán

mergadas por debajo del nivel previo al inicio del trastorno. La *duración* de la esquizofrenia es persistente, en cuanto a que existen signos continuados de las alteraciones durante al menos 6 meses. Durante este período, llamados prodrómicos o residuales, pueden manifestarse alteraciones como por ejemplo creencias raras o experiencias perceptivas no habituales.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000) existen distintos tipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.

Por lo que respecta a la repercusión de la enfermedad en la calidad de vida de quienes la padece, puede decirse que, en general, las personas con esquizofrenia presentan (en mayor o menor medida) déficits en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social (Blanco y Pastor, 1997):

- Autocuidados: falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.
- Autonomía: deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral.
- Autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.
- Relaciones interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.
- Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.

2.3. Apoyo social, institucional y familiar

Considerar el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia y favorecer su integración familiar y comunitaria es el objetivo central en los programas de apoyo para estos pacientes y sus cuidadores.

Para que los pacientes puedan contar con una buena calidad de vida será muy importante que perciban apoyo social, tanto por parte de amigos, como de su entorno familiar y otros significativos. Aquellas personas que cuentan con un adecuado apoyo social presentan una mejor calidad de vida que quienes carecen de dicho apoyo, luego queda patente la importancia que tienen las redes sociales de las personas que padecen un trastorno mental tanto para su estado funcional como para el curso del trastorno (Howard et al., 2000; Lam y Rosenheck, 2000; Norman et al., 2005). En líneas generales, se ha encontrado que los pacientes con esquizofrenia presentan una pobre integración social y actividad funcional aunque puedan tener capacidades para desenvolverse dentro de su ambiente familiar. Sin embargo, la falta de apoyo social en su entorno más cercano y la sensación de aislamiento pueden disminuir la calidad de vida de estos enfermos mentales.

Por lo que respecta a la calidad de vida de los cuidadores principales, estudios previos evidencian el impacto que tiene esta tarea de cuidado constante en la salud percibida de aquellos que la ejercen (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Patti et al., 2007; Seguí, Ortiz-Tallo y de Diego, 2008). Dichos estudios muestran una relación inversa entre la sobrecarga general que experimentan y las interacciones sociales de los pacientes, esto es, aquellos pacientes que mantienen mayores contactos sociales y tienen una mayor ocupación generan menor sobrecarga general en sus cuidadores principales. De esta forma, se puede observar que cuando el paciente tiene un empleo, además de ser menor la sobrecarga del cuidador, facilita su integración social, conlleva una disminución del gasto económico asociado al trastorno y aumenta la satisfacción de las necesidades personales de los pacientes.

No cabe duda que la calidad de vida de los cuidadores se puede ver mermada cuando la persona a su cargo tiene dificultades para establecer y mantener contactos sociales dentro del grupo familiar y otras instancias sociales, así como en su capacidad para mantener un empleo. Estos datos evidencian la necesidad de tener en cuenta los aspectos relacionados con la integración social y económica de los pacientes con esquizofrenia al trabajar en

la reducción del nivel de sobrecarga experimentado por los cuidadores.

Por otro lado, a veces los sentimientos de rechazo de los cuidadores y la capacidad de éstos para asumir el cuidado de su familiar enfermo, se asocian inversamente con las interacciones y contactos sociales que establecen los pacientes, es decir, aquellos pacientes que logran establecer y mantener interacciones sociales dentro de su ambiente inmediato ayudan a que sus familiares y cuidadores principales logren ajustarse y adaptarse al trastorno, encontrando así un nivel de equilibrio y armonía en el funcionamiento familiar. Estos hallazgos ponen de manifiesto la importancia de incorporar conjuntamente en las intervenciones psicosociales a los cuidadores y familiares de los pacientes, debido a la frecuente carga y estrés que vivencian del cuidado de su familiar, lo que repercute desfavorablemente en el bienestar familiar y en la evolución del propio paciente (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Patti et al., 2007; Seguí et al., 2008).

Según varios autores (Browne y Courtney, 2005; Huang et al., 2007; Schoeremus et al., 2007), se considera que la integración social de las personas que padecen esquizofrenia es un objetivo complicado en las actuales modalidades de rehabilitación e intervención psicosocial, ya que como se ha comentado anteriormente, estos pacientes tienen escasas redes sociales, que están formadas principalmente por sus familiares más cercanos y sus cuidadores, manteniendo así escaso contacto con el resto de la comunidad. Además, realizan pocas actividades recreativas y de interacción social, y solo un reducido porcentaje tiene una ocupación fuera del hogar. Todo esto contribuye a la percepción de escaso apoyo social con respecto a personas que no son familiares que muestran los pacientes con esquizofrenia. Aun así, estos pacientes suelen ser capaces de realizar diferentes actividades, tales como cuidar su apariencia personal y llevar a cabo tareas domésticas, de manera autónoma, sin la ayuda de sus cuidadores.

Los cuidadores también perciben que los pacientes tienen una escasa

integración social externa cuando rompen con la dinámica familiar, aunque muchos perciben una adecuada capacidad para poder desenvolverse en el ambiente del momento. Estos descubrimientos coinciden con estudios realizados en países desarrollados en los que se hace especial hincapié en las dificultades que presentan las personas con esquizofrenia para integrarse en ambientes sociales y de la comunidad, en contraposición a una mayor integración familiar (Seva, 1996).

Se puede ver como el bienestar de las personas y la salud mental es una demanda creciente en nuestra sociedad. Existen muchos procesos de cambio constantes que requieren esfuerzos de adaptación para poder abordar las nuevas situaciones, con lo cual las personas que sufren esquizofrenia pueden verse afectadas porque su capacidad de integración personal y social como se ha visto no es la misma que la de sus semejantes. Por todo ello, es importante que las sociedades cuenten con la ayuda de profesionales cualificados para que puedan ayudar a abordar estos problemas y ayuden a los grupos y personas que los sufren.

2.4. Trabajo social en el ámbito de la Salud Mental

Brandt (1983) enfatiza que el trabajador social como profesional, debido a que no tiene una formación psicológica, psiquiátrica ni psicoterapéutica, debe tener en cuenta que no es tarea suya elaborar un diagnóstico en el ámbito de los trastornos mentales, ya que es competencia de los especialistas. Sin embargo, sí que es importante que el trabajador social trabaje en equipo con médicos, psicólogos, psicoterapeutas, pedagogos etc. Sólo podrá cooperar de forma adecuada y formar parte integrante de un grupo de este tipo, así como colaborar en la elaboración del diagnóstico, en el tratamiento y en la posterior orientación o asistencia, si está suficientemente informado sobre los distintos aspectos de la salud mental y sus desviaciones.

Como profesionales, los trabajadores sociales se encuentran a menudo entre sus usuarios a personas con actitudes anómalas o comportamientos extraños. Sólo en los casos más leves puede contribuir a destruir esas actitudes anómalas mediante el método de la ayuda profunda individual o del trabajo en equipo. Sin embargo, la ayuda profunda individual para el trabajador social no es fácil, puesto que se trata de personas que presentan trastornos de salud mental graves, que tienen conflictos y problemas profundos y necesitan muchos meses de trabajo intensivo para poder ayudarles y en medida de lo posible recuperar el equilibrio.

El profesional social deberá de ser siempre constante con el paciente, aunque en una entrevista con éste únicamente se hagan preguntas cortas y sencillas o que se limiten a un espacio de tiempo muy corto. Como en toda entrevista, el trabajador social deberá de acoger al usuario (mediante la aceptación del interlocutor como base de ayuda), escuchar, observar, preguntar (para recabar información), examinar (sopesar, conseguir información adicional), aconsejar, actuar, realizar un seguimiento, etc. (Brandt, 1983).

Es importante que el usuario tenga desde el principio la sensación de que se le "acepta" y se le "entiende", para salvar obstáculos iniciales y satisfacer sus necesidades psíquicas, ya que de esta manera la colaboración del usuario será mucho más fructífera. La importancia de la escucha activa y observar atentamente al principio de las entrevistas será de vital importancia, puesto que tanto el trabajador social como el usuario deben de avanzar paso a paso, fijándose el profesional en los puntos fuertes del usuario en lugar de actuar directamente con las debilidades, ya que para las personas que sufren por ejemplo esquizofrenia todo lo crítico y moralizador es perjudicial. Debe de tener cuidado además al dar según que consejos, ya que por ejemplo, en decisiones importantes, debe de conducir al cliente mediante hábiles preguntas psicológicas y pedagógicas para que él mismo encuentre la solución adecuada.

Esto será beneficioso para su sentimiento de la propia personalidad y para su independización.

La finalidad última es que, mediante esta ayuda individual, se promocióne el desarrollo de la personalidad individual, para que el mismo usuario pueda verse mejor que antes de acudir a la consulta o a la entrevista y sobre todo que pueda alcanzar el dominio de la realidad. Esta ayuda busca que el usuario se independice lo antes posible de todo apoyo.

Por último, no menos importante es que el trabajador social tenga información sobre el tema, y la capacidad suficiente para afrontarlo. La actitud personal y profesional del trabajador social serán relevantes, ya que no solo es importante tener conocimientos psicológicos, sino que hay que dejar de lado los prejuicios, la susceptibilidad, las antipatías y simpatías entre otros aspectos, porque pueden alterar nuestra consideración objetiva de la otra persona o de la situación a la que nos estamos enfrentando.

2.5. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos

2.5.1. ¿Qué es la rehabilitación psicosocial?

Para poder comenzar a hablar de rehabilitación psicosocial, debemos remontarnos a la década de los años 80, donde comienza en nuestro país la reforma psiquiátrica, que supuso un antes y un después en la atención a los enfermos mentales crónicos.

En este mismo período surgió el movimiento de la salud mental comunitaria que tendrá como eje principal la rehabilitación psicosocial y la integración laboral (García, Espino y Lara, 1998).

Según Rodríguez (1997), la rehabilitación psicosocial es el “proceso cuya meta es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse

en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles.” (p. 22).

Aunque la reforma psiquiátrica ha conseguido modificar la asistencia de los problemas de salud mental en España, todavía queda mucho camino por andar, puesto que la atención a la cronicidad de los trastornos mentales ha quedado en segundo plano, no se sabe si por falta de voluntad política o por la poca preparación de los técnicos que se encargan de dirigir los procesos de la reforma. Así pues se puede decir que la rehabilitación nace como un compromiso público, como respeto a la autonomía, derechos de los ciudadanos con enfermedad mental, como compromiso público y respeto a la dignidad (Rodríguez, 1997).

2.5.2. ¿Qué objetivos tiene?

Los principales objetivos que tiene la rehabilitación psicosocial con enfermos mentales crónicos serían los siguientes según Rodríguez (1997):

- Lograr la participación activa de la persona con la enfermedad mental, puesto que serán muy importantes sus opiniones, preferencias, deseos, etc.
- Alcanzar la mayor autonomía personal posible con el apoyo de profesionales especializados.
- No intervenir solo con la persona que presenta la patología sino con el ambiente que le rodea.
- Trabajar sobre los déficits, y potenciar y analizar los recursos que posee el usuario.
- Evaluar funcionalmente de manera individualizada al usuario y a su entorno desde una vista global porque su entorno formará parte de una de las herramientas fundamentales para el trabajo.

- Mejorar su calidad de vida.
- Disminuir los riesgos de deterioro psicosocial o recaídas en personas con enfermedades mentales graves.
- Favorecer el mantenimiento de los enfermos mentales graves en su comunidad, potenciando el uso de los recursos comunitarios.
- Brindar apoyo, asesoramiento familiar y formación.
- Realizar una buena coordinación de actuaciones con otros recursos de salud mental o sociocomunitarios para favorecer la atención integral de estos pacientes.

No cabe duda que este tipo de rehabilitación psicosocial requiere una actitud positiva para poder mejorar. Así pues, la persona implicada tendrá que iniciar un proceso de rehabilitación intentando llegar al máximo de sus potencialidades, aunque no siempre se consigue la integración social.

2.5.3. Áreas que se trabajan en rehabilitación psicosocial

En la mayoría de los programas de rehabilitación psicosocial bien establecidos se trabajan y se interviene con los usuarios a través de las siguientes áreas: área individual para la mejora del funcionamiento psicosocial del usuario; área familiar; área social o de integración y área laboral. Dichas serán descritas en el capítulo 3 de este proyecto, pues son las que se abordarán en el Centro de Día especializado para enfermos mentales graves que se propone en el presente trabajo.

2.5.4. Eficacia de la rehabilitación psicosocial

Según Gisbert (2002), la rehabilitación de los pacientes psicóticos en los últimos años están teniendo un notable auge en nuestro país, aunque en España existen unos dispositivos poco integrados y coordinados entre sí en las

Comunidades Autónomas. Este autor enfatiza el hecho de que no existan criterios para definir los dispositivos de rehabilitación y que exista una discordancia con los datos oficiales que se aportan desde el ámbito sanitario. Esto quiere decir que hay servicios insuficientes y una vez más, mal coordinados entre las Comunidades Autónomas. Por lo tanto, Gisbert (2002) señala la importancia de crear sistemas que evalúen la eficacia de las intervenciones de rehabilitación.

Según el estudio realizado por Gisbert (2002), muchos de los pacientes enfermos mentales crónicos no pasan del sistema asistencial al rehabilitador, y esto puede deberse a que abandonan prematuramente el tratamiento rehabilitador, a que no hay continuidad en el seguimiento, a la falta de coordinación entre los Servicios Asistenciales de las Unidades de Salud Mental y los servicios rehabilitadores, a la falta de apoyo familiar en el proceso de rehabilitación y a la falta de apoyo suficiente de los servicios sociales.

Sin embargo, hay que señalar que, a pesar de los inconvenientes, existen áreas específicas en las que la rehabilitación psicosocial es efectiva, como el área centrada en las intervenciones psicoeducativas, que contribuye a aumentar la conciencia de la enfermedad y el cumplimiento terapéutico.

Asimismo, la terapia familiar y comunitaria puede ser de gran apoyo en la prevención de recaídas y de reingresos hospitalarios en enfermos psicóticos. Es muy positivo, además, el entrenamiento de habilidades sociales, pues sirve para el aprendizaje de determinadas conductas sociales, y los programas de ayuda para el empleo, que facilitan la integración.

Por tanto, teniendo en cuenta que se ha constatado la eficacia de la rehabilitación psicosocial en la enfermedad mental grave, se quiere hacer notar que los poderes públicos deberían incidir más en la creación de nuevas estructuras rehabilitadoras. También se deberían de hacer más campañas desde los Servicios Rehabilitadores puesto que muchos de estos enfermos

mentales crónicos se encuentran sin atención rehabilitadora, ya sea porque la población carece de información o porque directamente no quieren usar estos servicios. Así pues sería importante que se promoviesen programas informativos.

Por otra parte entre los servicios de Salud Mental, Servicios Rehabilitadores Psicosociales y Servicios Sociales debería de haber una mayor coordinación entre ellos para que la rehabilitación psicosocial fuese más efectiva.

3. PROPUESTA DE CENTRO DE DÍA PARA ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS

3. PROPUESTA DE CENTRO DE DÍA PARA ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS

3.1. Objetivos

La creación de este Centro de Día de rehabilitación psicosocial privado/concertado persigue un objetivo general y la consecución de una serie de objetivos específicos que se detallan a continuación.

El **objetivo general** de este proyecto es favorecer la autonomía personal de los enfermos mentales graves para que puedan enfrentarse a la vida diaria. Lo importante es la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen estas enfermedades mentales, la defensa de sus derechos y la promoción de su autonomía personal, así como el asesoramiento de sus familiares.

Los **objetivos específicos** que se esperan alcanzar son:

- Tomar conciencia y ser partícipes de su proceso de enfermedad-salud y sean capaces de integrarse socialmente con la autonomía personal y social necesaria.
- Capacitar a los usuarios del centro de la importancia sobre el control de la medicación (horarios).
- Capacitar a los enfermos para que puedan desempeñar las actividades de la vida diaria, de manera autónoma.
- Dotar al usuario de habilidades sociales o relacionales, como por ejemplo ser capaces de iniciar, mantener y finalizar una conversación, para que se puedan relacionar normalmente con otras personas y llevar a cabo el mayor número de roles sociales.
- Entrenar las habilidades sociales para alcanzar el mayor nivel posible de autocuidados y autonomía.
- Facilitar la reinserción social de los enfermos mentales fomentando la

confianza en ellos mismos.

- Ayudar a su integración proporcionándoles un grupo en el que desahogar sus frustraciones.
- Proporcionar soporte y apoyo comunitario para los usuarios del centro, organizando actividades para que puedan salir de la rutina diaria del centro y fomentar intereses personales, utilizando los recursos comunitarios de la zona.
- Colaborar y coordinarse con otros Servicios de Salud Mental, Centros de Atención Primaria y Especializados para favorecer y articular la atención integral a los usuarios, que facilite los procesos de recuperación personal y soporte comunitario acordes con las necesidades personales de cada usuario.

En definitiva, este centro de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental grave, tiene como gran objetivo mejorar la calidad de vida de estas personas. Para ello, se ofertarán una serie de servicios y cuidados con el fin de poder funcionar de la forma más autónoma posible en la sociedad que les rodea y además con el propósito de conseguir su integración e inserción laboral.

3.2. Metodología

3.2.1. Población beneficiaria

La población diana de este Centro de rehabilitación psicosocial son los enfermos mentales graves con una enfermedad persistente y de larga evolución, como es la esquizofrenia. El colectivo de personas candidatas a ser usuarios del centro comprenderá edades desde los 18 hasta los 65 años, de ambos sexos.

Para poder acceder a este centro de rehabilitación psicosocial se tendrán en cuenta varios requisitos.

En primer lugar, se tendrá en cuenta el historial psiquiátrico del usuario (procedente de un centro especializado de Salud Mental), en el que se especifique claramente qué tipo de patología grave tiene el paciente (ej., delimitación diagnóstica, tratamiento que recibe en la actualidad, estabilización de los síntomas, etc.). En segundo lugar, el usuario tendrá que encontrarse en situación de discapacidad o desventaja producida por la propia enfermedad. Por último, se tendrá en cuenta la duración de la enfermedad, dando prioridad a aquellas personas con una evolución más larga. Para ello se revisará el diagnóstico y el tipo de discapacidad grave y se trabajará con el usuario el tiempo que éste precise, para mejorar en aquellas áreas en las que presente más dificultades.

Por tanto, el usuario deberá de estar siendo atendido en la Unidad de Salud Mental que le corresponda; presentar deterioro en el desempeño psicosocial, familiar, etc.; tener un certificado de discapacidad; y muy importante, no presentar consumo de tóxicos que puedan impedir la labor del personal rehabilitador.

Según el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2007), las personas con esquizofrenia suelen tener déficits para desempeñar actividades sociales debido al proceso psicopatológico que presentan, pero no solo les afecta en eso, sino que también influye en los apoyos que puedan tener, esto es, en el medio en el que en definitiva se desenvuelve la persona. Por ello, si el abordaje de la enfermedad mental grave incluye un tratamiento psicoterapéutico adecuado, la respuesta social, junto con el apoyo de todos los profesionales, puede facilitar las dificultades y paliarlas. Por ello, un buen enfoque técnico a la hora de realizar una completa rehabilitación tendrá que ir dirigido a reducir, en la medida de lo posible, las discapacidades del usuario, y es en esas áreas en las que se intervendrá desde el centro de día propuesto en

este trabajo. También se intentará lograr un soporte social necesario para poder conseguir un funcionamiento aceptable en la sociedad, como por ejemplo tener responsabilidades, llevar a cabo tareas, organizarse el tiempo, interaccionar con otras personas, etc.

En resumen, este Centro de Día intentará facilitar la integración social de los enfermos mentales graves, contando con la ayuda de soporte residencial, laboral-económico y relacional encaminándose a favorecer los contextos relacionales del usuario utilizando su tiempo libre (Ministerio de Educación Política Social y Deporte, 2007).

3.2.2. Instrumentos de evaluación

Dentro de los instrumentos que se utilizarán en este Centro, destacan las entrevistas, que serán clave de cara a realizar una evaluación inicial de los recursos familiares, personales y sociales del usuario, comprobar qué necesidades tiene y poder orientar en base a esto la posterior intervención. También a través de una primera entrevista se valorará si el usuario puede beneficiarse del centro o es necesario derivarlo a otro recurso asistencial. Por tanto, la evaluación inicial se realizará mediante entrevistas con el usuario y con la familia, para conocer qué tipo de expectativas tienen respecto a la intervención del centro y cuáles son sus principales necesidades.

Otro instrumento a utilizar en la evaluación serán los grupos de acogida que servirán para que la llegada y posterior adaptación de los usuarios al Centro de Día sea lo menos estresante posible.

Será de gran importancia que los profesionales del centro estén bien coordinados para poder participar en esta evaluación, de forma que entre ellos puedan contrastar la información recabada. A continuación se detallan las áreas que evaluará cada profesional:

- Psicólogo: dificultades psicopatológicas, habilidades sociales y de afrontamiento, redes de apoyo social, funciones cognitivas, relaciones familiares y conciencia del trastorno, entre otras.
- Trabajador social: relaciones familiares, utilización de recursos comunitarios e integración social, autonomía, formación y preparación laboral y red de apoyo social. Se encargará de realizar la evaluación social y familiar principalmente, haciendo como mínimo una entrevista a los familiares que convivan con el usuario. Los instrumentos de recogida de datos serán: genograma, historia social y familiar, expectativas y necesidades y nivel de desempeño psicosocial del usuario.
- Terapeuta ocupacional: evaluará los intereses y aficiones de los usuarios, su red de apoyo social y las actividades de la vida diaria.
- Educador social: se encargará de diagnosticar las dificultades desde el punto de vista "educativo" y acompañará en el proceso rehabilitador a los usuarios.

Cada profesional elaborará un protocolo según sus áreas de actuación y lo registrará cumplimentando un informe de evaluación que se pondrá en común con todo el equipo terapéutico.

En la evaluación se harán también observaciones por parte de los distintos profesionales y en las áreas que competen a cada uno de ellos. Si se cree conveniente por parte del centro se realizarán después de la primera entrevista visitas a domicilio, a donde acudirá el trabajador social para poder valorar y observar detalladamente en que entorno se desenvuelve el usuario.

El fin último de la evaluación es la elaboración de un Programa Individual de Rehabilitación (PIR), que "debe de integrar un plan de intervención que dé respuesta a las necesidades detectadas por los profesionales y a las expresadas por el usuario y la familia" (Plan de Calidad de las Prestaciones Sociales, 2008; p.55). El equipo del centro de rehabilitación psicosocial deberá

de reunirse y poner en común los acuerdos a los que han llegado, las necesidades que han detectado y cómo va a intervenir en cada uno de los casos. Posteriormente a esta puesta en común por parte de los profesionales, se deberá de consensuar el PIR con la familia y el usuario y desde la primera entrevista o toma de contacto no será conveniente que la devolución de la valoración a la familia y al usuario exceda de los 3 meses.

Por último, es conveniente que los profesionales tengan en cuenta en todo momento que además de hacer la evaluación, hay que intentar que el usuario se integre en este recurso en la medida de lo posible, favoreciendo la participación y creando un clima de confianza desde la demanda inicial.

3.2.3. Procedimiento

En este apartado distinguiremos varios procesos (proceso de preingreso, proceso de ingreso y acogida, proceso de intervención y proceso de salida) a llevar a cabo en este centro de día, que se detallarán a continuación (ver Figura 1).

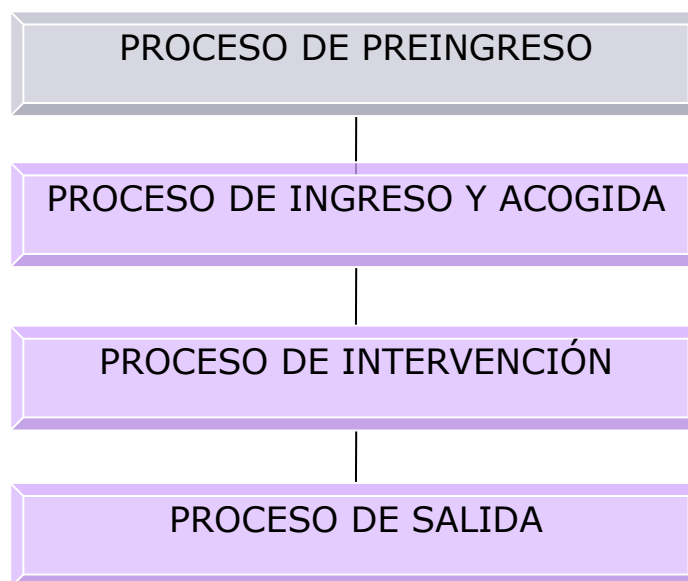
a) Proceso de Preingreso

Para poder acceder a un recurso como este centro de rehabilitación psicosocial para enfermos mentales crónicos con esquizofrenia, el usuario deberá de cumplir con los siguientes requisitos: ser mayor de edad, estar atendido por la Unidad de Salud Mental, presentar deterioros en cuanto al desempeño psicosocial, social, familiar y tener certificado de discapacidad.

En primer lugar el solicitante rellenará previamente un modelo de solicitud de ingreso que irá adjuntado con el informe de derivación de Salud Mental (ver Anexo I). Para conocer las características clínico-psiquiátricas y sociales que tiene el usuario antes de entrar en el centro. Y valorar si la

derivación desde la Unidad de Salud Mental es idónea. Por ello será necesario que el centro de rehabilitación psicosocial para enfermos mentales crónicos esté en continua coordinación con esta unidad.

Figura 1. Fases en el proceso de rehabilitación de los enfermos mentales crónicos que acuden al Centro de Día.



b) Proceso de Ingreso y Acogida

El objetivo principal en este proceso será que el usuario se incorpore al centro y pueda disfrutar de este recurso, saliendo de su entorno familiar (como la mayoría de las personas que padecen una enfermedad mental crónica) (ver Anexo II). Con las familias también se trabajará en un primer momento para que actúen como facilitadores de la rehabilitación del usuario y como motivadores para que este acuda a sus sesiones, actividades, tareas, etc.

En esta primera fase con el usuario y la familia, tendremos que conocer cuáles son sus necesidades y las expectativas que tienen del centro. Para ello

habrá sido necesario recabar una información previa en la evaluación inicial anteriormente descrita. También habrá que ofrecer la información a los familiares y usuarios del modo de trabajo en este centro y qué es lo que se les va a poder ofrecer según sus necesidades.

Como se expresa en el Plan de Calidad de las Prestaciones Sociales (2008), habrá que tener en cuenta que tanto los familiares como los propios usuarios pueden tener dificultades para expresar y reconocer cuáles son sus necesidades. Esto puede ser debido a que se han acostumbrado, por la duración de la enfermedad o discapacidad, y se han acomodado a una situación deficitaria y sobre todo a introducir cambios en la vida del usuario. Por ello, con muchos de los usuarios habrá que dedicar más tiempo al proceso de acogida.

El ingreso como tal será comunicado a las familias por parte del Centro de Rehabilitación Psicosocial, una vez consensuado entre el equipo técnico y la Unidad de Salud Mental de referencia, que puede entrar a formar parte de este recurso. El director del Centro por lo tanto llamará al usuario para concretar una primera entrevista, aunque también puede acudir en la compañía de algún familiar cercano. El director explicará los objetivos del centro, cómo trabajan allí y cuáles son las actividades del mismo.

Una vez hecha la primera entrevista con el director, será el usuario el que decida si acepta o no incorporarse al centro. Se le entregará un folleto de acogida, con las normas del centro entre otras cosas.

Se plantea como opción en el caso de usuarios con problemas de adaptación, un periodo de prueba (de al menos quince días) para ver si se adecúa al recurso.

Una vez ingresado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, el trabajador social será el encargado de mostrar las instalaciones del centro y de

hacer las presentaciones necesarias del resto del equipo de profesionales y compañeros.

c) Proceso de Intervención

En el proceso de intervención, el Centro de Rehabilitación psicosocial se centrará en el usuario y se utilizarán actuaciones dirigidas para favorecer la integración del mismo. Antes de su comienzo debe de estar recogida toda la información sobre el usuario en su Historia personal (ver Anexo III). En este apartado se partirá del PIR diseñado gracias al trabajo en las fases anteriores (ver Anexo IV).

Asimismo, con el objetivo principal de mejorar el clima familiar y disminuir la carga para la familia, y también dentro del centro, se intentará fomentar la autonomía, socialización, desempeño psicosocial y rehabilitación laboral del usuario.

El equipo de profesionales deberá de coordinarse para llevar a cabo la intervención con cada usuario y sus correspondientes familias. Los familiares serán informados y orientados sobre qué objetivos se pretenden lograr con cada uno de los usuarios. Además, el equipo realizará una evaluación continuada para ver si se van logrando los objetivos iniciales o si es necesario plantear otros nuevos en el proceso de intervención. La participación activa de los usuarios durante todo el proceso se entiende como clave para la consecución de los objetivos consensuados con el equipo terapéutico.

Los programas o actividades que se llevarán a cabo con estos enfermos mentales crónicos serán:

- Actividades de la vida diaria: autocuidados, hábitos saludables, manejo de la vivienda, etc.
- Psicoeducación: habilidades de afrontamiento social y personal, manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento.

- Habilidades sociales: para mejorar el desempeño en el entorno social.
- Psicomotricidad.
- Rehabilitación cognitiva: mejora de los déficits y el rendimiento cognitivo, aprender estrategias y técnicas para personas con dificultad de memoria y atención.
- Integración sociolaboral: soporte social y apoyo ocupacional. Orientación dirigida a la inserción laboral.
- Atención a los familiares: orientación y apoyo.

Estas actividades se realizarán algunas de ellas en grupo y otras de forma individual. Habrá un técnico especializado que se hará cargo de cada una de ellas (se detallarán con mayor precisión en el apartado de actividades y tareas).

El trabajador social hará entrevistas periódicas de forma individual, al usuario y su familia, para comprobar la evolución y valorar si es necesario cubrir otro tipo de necesidades. Todo ello ha de quedar registrado en el historial del usuario.

Los profesionales del equipo técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial se reunirán para hacer evaluaciones de los PIR una vez al final de cada mes o, si es necesario o urgente, antes. Si creen que el usuario ya ha alcanzado todos los objetivos y ha evolucionado todo lo que se esperaba, entre todos prepararán al usuario para el proceso de salida del centro.

d) Proceso de salida

Se trata de un proceso de cierre de la intervención que puede deberse a dos causas: salida por alta (una vez que se han cumplido parcialmente o totalmente los objetivos del PIR) o salida por baja (cuando el usuario no acude con frecuencia al recurso, o abandona).

La salida del centro no significa que el usuario esté en plenas facultades para desarrollar una vida “normalizada”. La esquizofrenia como ya hemos visto requiere de una continuidad de cuidados; para ello, el Centro de Rehabilitación Psicosocial deberá informar y coordinarse con la Unidad de Salud Mental que derivó inicialmente y que atiende al usuario dado de alta, para comentar en qué situación se encuentra el paciente que ha sido dado de alta. Si por un casual, Salud Mental no estuviese de acuerdo con la salida de este recurso, tanto el centro como la unidad se pondrían de acuerdo para tomar medidas o derivar al usuario a otros recursos.

El trabajador social será el encargado de elaborar el informe de salida en el que se indique todo lo que el Centro ha trabajado con el usuario, la situación en la que se encuentra en ese momento y la valoración de los distintos profesionales sobre el caso.

3.3. Análisis de la realidad

3.3.1. Localización

El Centro de Día para enfermos mentales que no requieren hospitalización estará emplazado en el barrio de las Fuentes, concretamente en la calle Roger de Tur nº 24 de Zaragoza. Las Fuentes limitan con los distritos de Casco Antiguo, Torrero-La Paz y San José. Sus fronteras quedan delimitadas por los ríos Ebro, Huerva, la calle Miguel Servet y la circunvalación ferroviaria (Chueca, Vicente y Torrijos, 2006). En este barrio de Zaragoza viven alrededor de 44.000 personas (337,08 habitantes/km²).

3.3.2. Servicios e infraestructuras

La Calle Compromiso de Caspe es la principal calle del distrito. Es de destacar también la Calle Miguel Servet. Ambas nacen en la confluencia del Camino de las Torres con el Paseo de la Constitución, siendo sus principales vías hacia el centro de la ciudad. La Plaza de Utrillas, antigua estación ferroviaria actualmente reconvertida en centro comercial, es uno de los principales focos de comercio y centralidad en el distrito.

La zona verde más importante del distrito es el Parque Torre Ramona. También hay extensiones ajardinadas en las riberas de los ríos Ebro y Huerva (ej., Parque lineal del Huerva, Parque Bruil).

Dentro de infraestructuras deportivas cabe destacar el Pabellón Príncipe Felipe, con aforo para 14.000 personas. Es además un frecuente escenario de los eventos deportivos y culturales que tienen lugar en la ciudad. No se debe olvidar tampoco el Centro Deportivo Municipal Alberto Maestro.

Muy importante también es el antiguo Matadero, en la calle Florentino Ballesteros, llamado Centro Cívico Salvador Allende y que integra la Biblioteca Municipal Ricardo Magdalena.

De la oferta educativa cabe destacar especialmente que es en este distrito donde se encuentra la Facultad de Veterinaria de Zaragoza.

3.3.3. Comunicaciones y accesos

En cuanto al transporte las principales líneas TUZSA son la 22, 24 y 30, que conectan el barrio con el centro y los Distritos Universidad y Delicias; el 44 que es el enlace a la Margen Izquierda de forma similar a las líneas circulares; y las líneas 51, 52 y 25, que atraviesan la ciudad hacia el centro para luego marchar a la Estación Intermodal Zaragoza-Delicias. La 25 es la única línea que comunica con La Cartuja. Cerca del Pabellón Príncipe Felipe se encuentra la Estación de Miraflores, final de la línea de Cercanías Zaragoza de Renfe.

3.3.4. Diagnóstico

El centro se ha ubicará en el barrio de las Fuentes, debido a que aunque cuenta con bastantes servicios, requiere de un dispositivo específico destinado a mejorar la calidad de vida y procurar el bienestar psicosocial de las personas con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia. Desde este servicio, los usuarios podrán disfrutar de las actividades propuestas destinadas a su rehabilitación psicosocial integral.

En este barrio se cuenta con dos Centros de Salud pertenecientes al Sector II de Zaragoza: Centro de Salud de Torre Ramona y Centro de Salud de Fuentes Norte, en este último estarían atendidos todos los casos del barrio, que a su vez podrían ser derivados al Centro de Día especializado para enfermos mentales crónicos.

3.4. Actividades y tareas

A continuación, se detallan las actividades y las tareas que se llevarán a cabo en este Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial donde se pondrán en práctica los objetivos específicos nombrados anteriormente. Será importante tener en cuenta el colectivo con el que se está trabajando (enfermos mentales crónicos), para poder cubrir sus necesidades y atender sus limitaciones. El fin último es que alcancen una mejor calidad de vida mediante la rehabilitación psicosocial, en la medida en que ésta contribuye a reintegrar al usuario en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial en unas condiciones lo más normalizadas posible.

Para que queden expresadas con mayor claridad las actividades que se van a llevar a cabo en este Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial se han querido dividir estas tareas o actividades en cuatro bloques con temáticas diferentes. Cabe destacar que uno de estos bloques irá dirigido al trabajo con familias, ya que se cree oportuno que los núcleos familiares sean apoyados, conozcan los recursos a los que pueden acceder, manejen adecuadamente la enfermedad mental, etc. Las áreas que se trabajarán con los enfermos mentales crónicos en el Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial se describen a continuación.

3.4.1. Área individual de mejora del funcionamiento psicosocial del usuario

3.4.1.1. Actividades de la vida diaria y entrenamiento para la vida autónoma

Entendemos por actividades de la vida diaria “aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo de manera diaria encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que realizamos de forma lo más autónoma posible” (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, 2007, p. 40).

Se llevarán a cabo en este Centro procesos de rehabilitación en aquellas áreas relacionadas con el comportamiento, la competencia personal, el autocuidado, los hábitos de alimentación y los cuidados generales de la salud con el fin de que los usuarios adquieran una autonomía e independencia en aquellos aspectos básicos y cotidianos (ej., en higiene personal, vestido, ducha, lavado, afeitado etc.).

Muy importante en las actividades básicas o de autocuidado será enseñar a los usuarios a llevar unos hábitos de vida saludables, como hábitos de sueño, horarios de alimentación y dietas, y hábitos de salud para prevenir enfermedades (ej., realización de ejercicio físico, educación sexual, consumo de sustancias, etc.).

Después habría que incidir con los usuarios en el aprendizaje de otro tipo de actividades de la vida diaria, como serían las actividades que tengan que ver con la limpieza del hogar, el uso y manejo de tecnologías y de medios de comunicación, la realización de trámites burocráticos, etc. El objetivo es que consigan llevar a cabo por ellos mismos actividades de integración en la comunidad, que sepan usar los recursos comunitarios y los recursos laborales y formativos, etc.

El entrenamiento en la vida autónoma de los enfermos mentales graves no está exento de dificultades; entre ellas, la aparición de nuevas crisis que contribuyan a desestabilizar al paciente y a retroceder en su evolución. Aquí radica la importancia de mantener la motivación del paciente y hacerle comprender la importancia que tiene llevar unos hábitos de vida adecuados de cara a la prevención de nuevos episodios.

El profesional deberá de reconocer cuales son las necesidades y plantear objetivos con el usuario, siempre tratando de hacer argumentaciones convincentes para que el usuario pueda recuperar los hábitos básicos. Para ello, el profesional puede incidir en las preferencias de los usuarios antes de la aparición de la enfermedad.

En general, el tiempo de la intervención dependerá del usuario y del curso de su enfermedad, porque el ritmo de trabajo lo marca el propio

individuo. Una vez que se hayan finalizado y conseguido los objetivos iniciales propuestos con el usuario se deberá de realizar por parte de los profesionales un seguimiento para comprobar si se siguen manteniendo e incidir en algunos que se hayan podido ir perdiendo.

3.4.1.2. Psicomotricidad

El objetivo de esta actividad es que los usuarios del Centro mejoren la conciencia corporal y disminuyan o corrijan aquellos problemas que puedan tener con la esfera motriz y expresiva, que suelen verse afectadas por la medicación o por los propios síntomas negativos de la esquizofrenia.

La forma de intervenir será a través de actividades relacionadas con el ejercicio físico y las actividades deportivas. El Centro contará con unos profesionales que trabajarán para que el usuario pueda mejorar en esta área.

3.4.1.3 Rehabilitación de capacidades cognitivas/déficits cognitivos

Los déficits cognitivos afectan entre un 50 y 80% de las personas con esquizofrenia, y pueden provocar dificultades de adaptación psicosocial en el usuario (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003). Por ello, la rehabilitación cognitiva en usuarios esquizofrénicos se plantea como una actividad clave a llevar a cabo en el Centro.

La rehabilitación cognitiva se basa en un conjunto de actividades terapéuticas que se han diseñado para re-entrenar aquellas habilidades del usuario que han podido verse afectadas por la enfermedad, como por ejemplo pensar, tomar decisiones y utilizar su juicio. Así pues, el objetivo de los profesionales del Centro consistirá en que los usuarios mejoren los déficits en las funciones cognitivas básicas, como la memoria, la percepción, la atención, la planificación, el juicio y el aprendizaje.

La intervención de los profesionales con los usuarios consistirá en ayudarles a que manejen, reduzcan y afronten de forma eficiente estos déficits cognitivos, ya que el objetivo es la mejora de la calidad de vida y que esto contribuya a desenvolverse adecuadamente tanto en su entorno (hogar, familia, amigos), como en la comunidad.

3.4.1.4. Área de psicoeducación: adherencia a la medicación, tratamiento, conciencia y conocimiento

Esta área esta encaminada a buscar la mejora de la adherencia al tratamiento de los usuarios del centro, tratando de que tomen conciencia de su enfermedad y poder así manejarla más adecuadamente. El objetivo final es que el propio usuario asuma responsabilidades ante el tratamiento y tome parte activa en él.

Desde el Centro, los profesionales transmitirán al usuario información sobre la enfermedad (tipos, sintomatología, causas, curso, factores de riesgo) y su tratamiento (tipos de medicación, forma de administrar adecuadamente la medicación, efectos secundarios usuales, forma de aliviarlos, síntomas que pueden aparecer si no se toma bien la medicación). La metodología se apoyará en la realización de sesiones en grupo de usuarios, en las que cada uno de ellos aporte su experiencia personal con la enfermedad.

3.4.1.5. Área de autocontrol emocional

Este tipo de actividades irán dirigidas al afrontamiento de emociones negativas y a la dotación de habilidades y estrategias de solución de problemas por parte del usuario, de manera que éste pueda manejar y controlar sus estados de ánimo, así como el afrontamiento de pensamientos negativos, de ansiedad, la autoestima negativa, situaciones estresantes, etc.

Lo importante en estas actividades será “que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta, que asuma progresivamente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesarias” (Díaz et al., 1993, p. 577).

Los profesionales del Centro deberán observar y ayudar a los usuarios, en primer lugar, a detectar cuáles son las situaciones o circunstancias que les producen mayores tensiones y malestar en su vida cotidiana. Después tendrán que entrenarles en la aplicación de estrategias adecuadas para afrontar estas situaciones y evitar la aparición de síntomas indeseables, como depresión, ansiedad, ideas obsesivas, conductas compulsivas, delirios, miedos, alucinaciones, agresividad, síntomas psicóticos etc.

Por lo tanto, desde el centro se trabajarán con el usuario diferentes módulos: el autocontrol en general, para paliar o controlar el malestar que produce la propia enfermedad; el autocontrol de la ansiedad, para evitar esos sentimientos de tensión, preocupación, nerviosismo (a través de técnicas como el entrenamiento en respiración y relajación muscular); el autocontrol de la depresión, para que los usuarios afronten las ideas irracionales y planifiquen ellos mismos actividades que antes hacían; el autocontrol de los miedos que les perturban; y, por último, el autocontrol de las ideas delirantes y las alucinaciones, mediante técnicas de distracción, técnicas basadas en la atención, en el control de la activación, etc.

3.4.1.6. Área de habilidades sociales

Ésta es una de las áreas más importantes que se abordarán en el centro, por lo que se dedicará a estas actividades varios días a la semana en el programa establecido. El objetivo principal es que los usuarios adquieran o recuperen las habilidades necesarias para poder manejarse ante situaciones de interacción social. Para ello, desde este Centro de Día se han planteado una

serie de módulos en los que se trabajarán conjuntamente con profesionales y usuarios.

El primer módulo consistirá en entrenar a los usuarios en los aspectos básicos de la comunicación no verbal, esto es, cómo comunicarse sin palabras a través de nuestro cuerpo. Se trabajarán componentes clave como el contacto visual, las posturas y los movimientos, la expresión facial, etc.

El segundo de los módulos a trabajar consistirá en entrenar a los usuarios en cómo expresar de forma adecuada lo que uno quiere decir. Para ello, se trabajarán en los requisitos básicos necesarios para que esto suceda: que fluya la comunicación entre dos usuarios, que se den mensajes claros y coherentes, asegurarse de que la otra persona entiende lo que dices, escuchar activamente, empatizar, dar informaciones positivas, etc.

El tercer módulo consistirá en cómo comunicarse con palabras, esto es, dar lugar a que los usuarios interaccionen entre ellos para facilitar la comunicación y evitar malos entendidos. Para ello, se les enseñará cómo establecer conversaciones, cómo decir lo que se piensa o siente, cómo hacer peticiones, cómo manejar las críticas, cómo afrontar la hostilidad, cómo llegar a soluciones mediante la negociación, cómo interaccionar con desconocidos, etc.

3.4.1.7. Área de ocio y tiempo libre

Mediante esta área, el equipo técnico del Centro de Día enseñará a los usuarios cómo aprender a organizar y a ocupar su tiempo de ocio de manera relevante y saludable. Por ello, se les animará a que participen en algunas actividades de ocio que propongan otros programas o asociaciones cercanas (ej., taller de pintura). El objetivo final de esta área es contribuir a que los usuarios se socialicen y se integren en la sociedad lo mejor posible.

3.4.2. Área familiar

Para trabajar con las familias de los usuarios tenemos que tener en cuenta que constituyen un elemento clave en la rehabilitación, pues la mayoría de los enfermos mentales graves conviven con sus familiares más cercanos.

En muchas ocasiones, los enfermos mentales pueden suponer una “carga” para las familias, por los problemas que puede ocasionar su cuidado o por problemas en la convivencia familiar. Así pues, el objetivo de la intervención familiar es que los familiares también mejoren su calidad de vida, y que mediante una formación adecuada en este Centro, la familia pueda servir como elemento rehabilitador para el usuario con enfermedad mental. Se hará especial hincapié en lograr que las familias tengan actitudes positivas de cara a la aceptación de sus hijos/as, para lo cual será de vital importancia que en el hogar familiar se cree un buen clima.

Con el objetivo de alcanzar esto, los profesionales del centro harán una entrevista de evaluación y valoración al principio del ingreso del usuario con los familiares y otra al final. En este primer contacto con las familias se evaluarán sus necesidades específicas y se diseñará el plan de intervención más adecuado para cada caso.

En un primer momento, las intervenciones se llevarán a cabo individualmente con las familias para informarles en qué consiste el apoyo familiar, cuando deben de asistir, explicarles que se deberán de reforzar los límites intrafamiliares para favorecer la autonomía, mejorar la comunicación dentro de la propia familia, favorecer la flexibilidad y adaptabilidad evitando la rigidez en según que ocasiones con los cuidados que le prestan al enfermo mental, etc.

En un segundo momento, habrá actividades destinadas a varios grupos de familias, con el fin de fomentar el contacto entre núcleos familiares que viven situaciones similares y constituir grupos de ayuda mutua. En estas actividades no estarán los usuarios.

Los profesionales del Centro de Día proponen trabajar con los familiares desde tres módulos: el informativo, el de habilidades de comunicación y solución de problemas y el de necesidades y recursos familiares.

3.4.3. Área social

En esta área se fomentará la utilización de los recursos educativos, deportivos, culturales, recreativos etc., de la comunidad. El objetivo fundamental será crear espacios y apoyar los encuentros de autoayuda que permitan que el usuario aumente sus redes sociales estableciendo hábitos de comportamientos normalizados en la comunidad con el fin de facilitar la reinserción.

El trabajo por parte del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial consistirá en que el usuario quede integrado en la sociedad de la forma más normalizada y adaptada posible favoreciendo su entorno natural, aumentando la red de interacción social y relaciones interpersonales, modificando la autopercepción del usuario como persona pasiva en la sociedad y fomentando círculos de amistad, el uso de recursos normalizados, redes de solidaridad y autoayuda, etc.

Los módulos que se han establecido para esta área son:

a) Talleres de animación a la lectura, técnicas de estudio, apoyo escolar individualizado.

b) Programas de tiempo libre: practicar deportes, actividades de ocio (costura, fotografía, video-forum etc.), actividades culturales, excursiones, conferencias a cargo de distintas instituciones y taller de organización de tiempo libre.

3.4.4. Área laboral

Se trata de un área muy importante para el Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial, puesto que se realizará con los usuarios una rehabilitación laboral y de apoyo a la inserción para el empleo. Como apunta el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2007), la enfermedad mental crónica puede ser un hándicap a la hora de encontrar empleo, porque se trata de una población marginal dentro del mundo laboral y esto es una clara desventaja social que sufren muchos de ellos.

Para comenzar hay que destacar que no todos los usuarios del Centro de Día podrán ser rehabilitados laboralmente debido a la evolución negativa de su enfermedad; por lo tanto, el equipo técnico del Centro de Día se encargará de seleccionar a aquellos que van a participar en este tipo de programa o actividades para conseguir ser insertados.

En la intervención que se llevará a cabo se tendrá en cuenta si el usuario tiene algún tipo de formación. Si antes de la enfermedad había cursado estudios que no pudo finalizar, se le propondrá retomarlos o si los ha acabado, se planteará como objetivo la búsqueda de un empleo relacionado en la medida de lo posible con dichos estudios. En el caso de los usuarios sin ninguna clase de formación, desde el centro se propondrán cursos a los usuarios y a los familiares para que decidan en qué se quieren formar para encontrar un posterior trabajo en relación a los estudios cursados.

El orientador laboral incidirá con los usuarios en los tipos de vocaciones que puedan desarrollar, en las expectativas laborales y en la motivación para el trabajo. Esto último será muy importante porque tendrá que ver a la hora de que el profesional del Centro trabaje con el usuario. Será más fácil que el usuario exprese deseos de trabajo, que valore la formación, tome iniciativas de búsqueda, sea apoyado por su familia y su red social, etc.

También desde el centro se les enseñarán habilidades para buscar trabajo, como por ejemplo, la identificación y selección de aquellas ofertas que más les interesen, la elaboración de un curriculum vitae, aprender a desenvolverse en entrevistas de trabajo, rellenar instancias, solicitudes o impresos, etc.

Además, será muy importante que los usuarios tengan una continua formación sobre las características del mercado laboral, reconozcan sus propias limitaciones y capacidades, adquieran intereses profesionales y sean apoyados en todo momento. Hay que tener en cuenta que uno de los principales problemas de este tipo de población es que les cuesta mucho trabajo conservar los empleos. Así pues, desde el centro de rehabilitación, se hará especial hincapié en la asistencia al trabajo y la puntualidad, la importancia de tener unos hábitos de higiene, el cuidado del material, la continuidad en las tareas, la reacción a los cambios de trabajo, la resistencia a la monotonía y la fatiga etc.

Se espera que gracias al entrenamiento en esta área (interacción con los compañeros, capacidad para tolerar críticas, aceptación de la autoridad, capacidad para iniciar, mantener conversaciones y para ofrecer y solicitar ayuda etc.) y en el área de funcionamiento cognitivo (trabajo con la atención y la concentración, comprensión y seguimiento de las normas, capacidad de aprendizaje y memoria, etc.), los usuarios salgan lo suficientemente preparados del Centro de Rehabilitación para integrarse en el ambiente laboral.

Una vez que el preparador laboral haya elegido candidatos para la inserción laboral habrá que pasar por un período dividido en seis fases:

1. Estudio y valoración de Candidatos: se valorará que el usuario del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial quiera ir a trabajar a una empresa de mercado ordinario y que acepte los requisitos, que no tenga problemas de conducta, que se muestren colaboradores tanto el usuario como la familia, y sobre todo que salga con un grado de autonomía personal aceptable.
2. Contacto con el mercado laboral y captación de puestos de trabajo: donde se tendrá en cuenta las ofertas y demandas. El preparador contactará con organismos e instituciones como el INEM, sindicatos, asociaciones de empresas, Cámaras de Comercio; e intercambiará informaciones con otros servicios que trabajen en lo mismo. El preparador hará una selección adecuada según los requisitos del puesto y preparará al usuario según las normas de la empresa y los requisitos que se pidan.
3. Análisis del puesto de trabajo: el preparador laboral hará una lista de candidatos, para que una vez quede vacante un puesto en alguna empresa pueda ser ocupado por uno de los usuarios del centro. Será muy importante que el puesto de trabajo ofrezca oportunidades para el intercambio social y que no sea un puesto aislado porque habrá que evaluar las habilidades de comunicación y de relación que han adquirido los usuarios dentro del centro.
4. Selección y colocación del individuo: una vez que se oferta un puesto de trabajo por parte de alguna empresa, se seleccionan a los usuarios que están en una lista de espera por lo general y se comprueban los perfiles de los candidatos. Así pues se elegirá al que reúna más requisitos (aún

con sus limitaciones). El preparador laboral también participará en esta selección.

5. Adaptación y entrenamiento en el puesto de trabajo: el preparador laboral se encargará de controlar si el usuario se va adaptando correctamente al puesto de trabajo, haciendo un mantenimiento del mismo y viendo si el desempeño es el adecuado.
6. Apoyo y seguimiento individual: se trata de la última fase, donde el preparador laboral una vez más tendrá que ocuparse de ver si el proceso de interacción en el sistema de trabajo sigue adelante y el usuario va avanzando. Evaluará el rendimiento y la calidad del trabajo realizado. Este seguimiento debe llevarse a cabo a largo plazo para corregir posibles desajustes, mantener un contacto con la empresa y el usuario, etc.

3.5. Temporalización y cronograma

Este Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial es un servicio que pretende atender a personas con enfermedad mental grave, por lo tanto, el horario de apertura del centro se ha intentado que sea lo más amplio posible y cubrir así el mayor número de necesidades de los usuarios. Se pretende que el proyecto comience en el mes de Enero de 2013 y por lo tanto el centro estará abierto desde las 10 de la mañana hasta las 20 horas de lunes a viernes. Las actividades tendrán lugar en un horario de 10 a 14 y de 16 a 19 horas, también de lunes a viernes. No obstante, las actividades se repetirán en días alternos de la semana para que resulte más fácil poder cuadrar los horarios.

El periodo de 19 a 20 horas de la tarde estará destinado a que el equipo de profesionales del Centro se reúna una vez por semana (normalmente los lunes), siempre y cuando el director del Centro no estime oportuno realizar

más de una reunión a la semana por circunstancias especiales. En estas reuniones se comentará como va el funcionamiento del centro, se plantearán nuevos casos derivados desde la Unidad de Salud Mental, se realizarán evaluaciones y seguimiento de casos, y se propondrán dudas, entre otras cuestiones relevantes que estime el equipo multidisciplinar. El resto de la semana, este periodo de tiempo podrá ser destinado para que los profesionales realicen los actos administrativos pertinentes del Centro o para que realicen entrevistas con familiares y usuarios.

A modo de resumen, un día normal en el Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial tendrá una franja horaria distribuida del siguiente modo:

- De 10:00 a 10:30 horas: se realizará la acogida de los usuarios en el Centro y se les explicará de forma individual o grupal (según circunstancias personales de cada usuario) en que van a consistir las actividades del día.
- De 10:30 a 14:00 horas: se llevarán a cabo las actividades propuestas por el Centro de soporte social, entrenamiento en habilidades sociales e intervenciones individuales.
- De 14:00 a 16:00 horas: se procederá a un descanso de dos horas para que el usuario vaya a su casa a comer y pueda volver por la tarde.
- De 16:00 a 19:00 horas: de nuevo se desarrollarán las actividades del Centro entre profesionales y usuarios.

Tabla 1. Cronograma del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	AÑO 2013/MESES											
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Presentación del equipo técnico	Director del Centro												
Inauguración del Centro de Día	Director del Centro												
Planificación y elaboración de la propuesta de actividades	Director del Centro en colaboración con el resto del equipo técnico												
Entrevistas a usuarios y familiares	Equipo técnico												
Actividades y talleres propuestos por el Centro de Día	Equipo técnico												
Reuniones de coordinación entre profesionales del Centro	Director y equipo técnico												
Reuniones entre el equipo de profesionales y otras instituciones	Director y equipo técnico con otros profesionales de otras entidades												
Reuniones con empresas de inserción laboral	Planificador laboral												
Presupuesto final	Director junto con el administrativo del Centro												

A continuación se muestran los calendarios semanales del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial (ver Tablas de la 2 a la 6).

Tabla 2. Programación del Lunes.

CALENDARIO DE LOS LUNES	
10:00-10:30h	Acogida de los Usuarios en el Centro y explicación de las actividades del día.
10:30-12:30h	Área de mejora del funcionamiento psicosocial: actividades de la vida diaria
12:30-14:00h	Taller de manualidades
14:00-16:00h	Descanso para la comida
16:00-17:00h	Área de autocontrol: control de agresividad, ira, emociones
17:00-18:00h	Área de mejora del funcionamiento psicosocial: rehabilitación cognitiva en esquizofrenia
18:00-19:00h	Área laboral: inserción laboral de personas con trastorno mental grave
19:00-20:00h	Reunión con el equipo técnico y el director del Centro de Día.

Tabla 3. Programación del Martes.

CALENDARIO DE LOS MARTES	
10:00-10:30 h	Acogida de los Usuarios en el Centro y explicación de las actividades del día.
10:30-12:30 h	Área Social: integración en el entorno familiar y social de personas con TMG
12:30-14:00 h	Área de Habilidades Sociales
14:00-16:00 h	Descanso para la comida
16:00-17:00 h	Vídeo fórum o película
17:00-18:00 h	
18:00-19:00 h	Área de psicoeducación: Adherencia a la medicación, tratamiento.
19:00-20:00 h	Actos administrativos del equipo técnico

Tabla 4. Programación del Miércoles.

CALENDARIO DE LOS MIÉRCOLES	
10:00-10:30 h	Acogida de los Usuarios en el Centro y explicación de las actividades del día.
10:30-12:30 h	Área de mejora del funcionamiento psicosocial: psicomotricidad.
12:30-14:00 h	Taller de manualidades.
14:00-16:00 h	Descanso para la comida
16:00-17:00 h	Área laboral: inserción laboral de personas con trastorno mental grave.
17:00-18:00 h	Área de ocio y tiempo libre.
18:00-19:00 h	Área de habilidades sociales.
19:00-20:00 h	Actos administrativos del equipo técnico

Tabla 5. Programación del Jueves.

CALENDARIO DE LOS JUEVES	
10:00-10:30h	Acogida de los Usuarios en el Centro y explicación de las actividades del día.
10:30-12:30h	Área Social: integración en el entorno familiar y social de personas con TMG
12:30-14:00h	Área de habilidades sociales.
14:00-16:00h	Descanso para comer
16:00-17:00h	Área de autocontrol: control de la agresividad, ira, emociones.
17:00-18:00h	Área familiar: información, orientación, debates, pautas de educación de la enfermedad, adherencia a la medicación etc.
18:00-19:00h	
19:00-20:00h	Actos administrativos del equipo técnico

Tabla 6. Programación del Viernes.

CALENDARIO DE LOS VIERNES	
10:00-10:30h	Acogida de los Usuarios en el Centro y explicación de las actividades del día.
10:30-12:30h	Salidas al exterior del Centro de Día para ver museos, hacer excursiones, ir a la piscina climatizada etc.
12:30-14:00h	
14:00-16:00h	Descanso para comer
16:00-17:00h	Taller de informática
17:00-18:00h	Área de mejora del funcionamiento psicosocial: actividades de la vida diaria, psicomotricidad y tratamiento de los déficits cognitivos.
18:00-19:00h	
19:00-20:00h	Actos administrativos del equipo técnico.

3.6. Recursos necesarios

Para llevar a cabo el presente proyecto se utilizarán cuatro tipos de recursos que se detallan a continuación.

3.6.1. Recursos humanos

Los recursos personales necesarios para materializar este proyecto se basan en un equipo de profesionales con experiencia en enfermedades mentales crónicas, y con una motivación clara para trabajar con este colectivo. Para poder llevar a cabo este proyecto es fundamental que exista un adecuado trabajo en equipo y una formación continuada de los profesionales que lo forman, tanto en lo que concierne a la psicopatología o los trastornos mentales como en lo que respecta al ámbito de la rehabilitación psicosocial.

Además, se contará con un equipo no técnico, igualmente fundamental para el buen funcionamiento del Centro de Día. La composición del equipo técnico y no técnico aparece detallada en la Tabla 7.

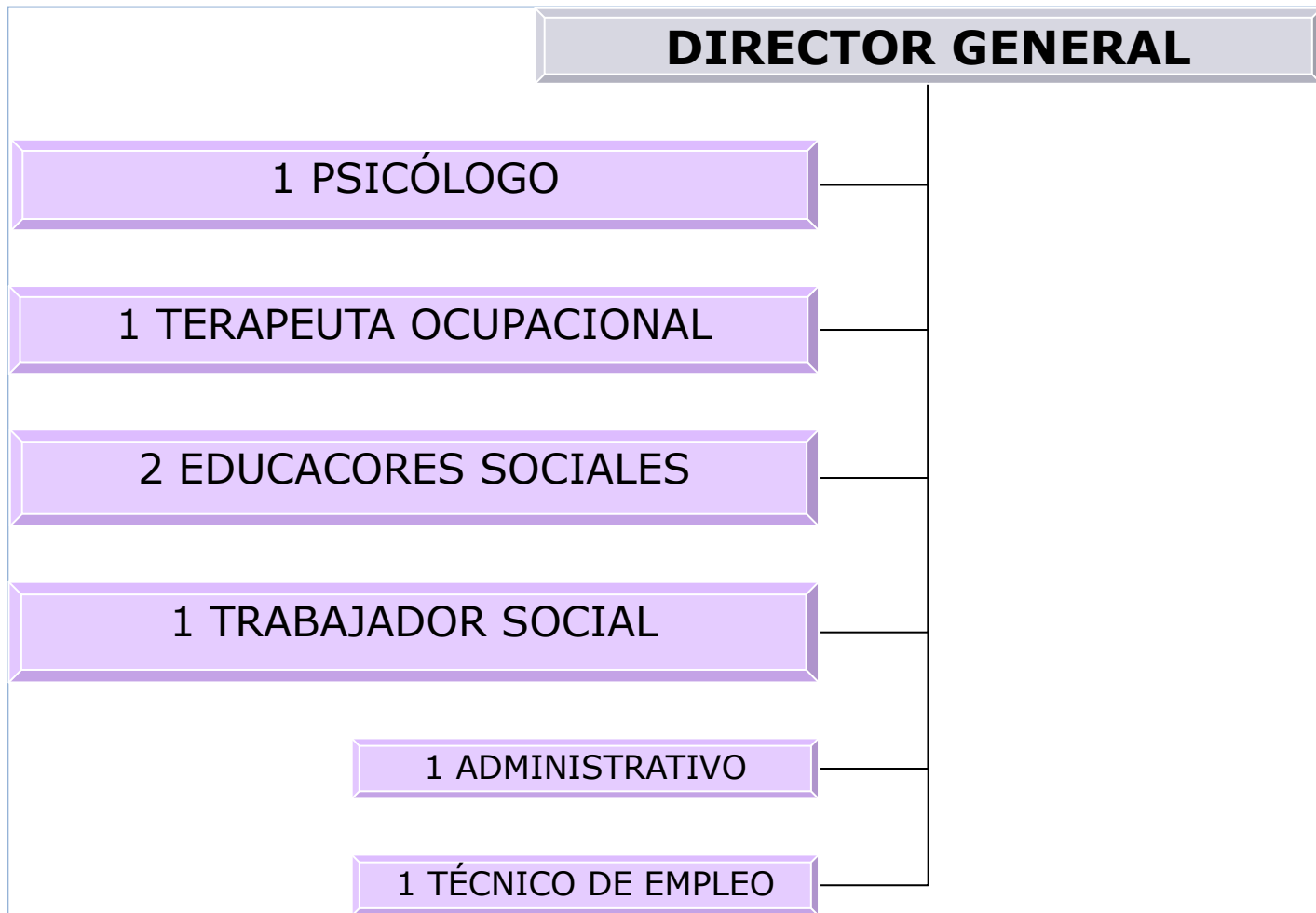
Tabla 7. Equipo de profesionales del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial.

EQUIPO TÉCNICO	EQUIPO NO TÉCNICO
1 Director y fundador del Centro de Día	Servicio de cocina
1 Terapeuta ocupacional	Servicio de limpieza
1 Trabajador/a social	Voluntarios
1 Psicólogo	
2 Educadores/as	
1 Administrativo	
1 Técnico de empleo/preparador laboral	

3.6.1.1. Organigrama

En la Figura 1 se muestra el organigrama del Centro de Día para enfermos mentales graves.

Figura 1. Organigrama del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial para enfermos mentales graves.



3.6.1.2. Titulaciones, funciones y responsabilidades del personal del Centro

La asignación de responsabilidades, funciones, así como la titulación que deberá poseer cada profesional del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial son las siguientes:

- Director: tendrá la titulación de Licenciado en Medicina y especializado en Psiquiatría. Es el responsable de que se cumplan y se realicen todas las actividades propuestas por el Centro, con lo cual sus funciones serán: supervisar y organizar el trabajo de los demás profesionales; coordinar reuniones internas para garantizar el buen trabajo del equipo y también estar coordinado con otras instituciones que puedan proporcionar al Centro recursos y otras cosas de interés; organización administrativa y laboral del Centro; participación en Comisiones de Salud Mental del barrio de las Fuentes; y, por último, evaluación y atención al funcionamiento del Centro, realizando las memorias e informes necesarios.

- Psicólogo: tendrá la titulación de Licenciado en Psicología, especializado en Psicología Clínica. Sus funciones y responsabilidades dentro del Centro consistirán en el tutelaje de los usuarios que se deriven desde la Unidad de Salud Mental, con los cuales deberá de estar coordinado para asistir a las reuniones mensuales. Además, tendrá que evaluar los PIR e intervenir con los usuarios; se encargará de intentar integrar y adaptar al usuario en el Centro lo antes posible; hará de supervisor en el seguimiento de los casos y una vez alcanzados los objetivos preparar el informe de salida. También será responsabilidad de éste llevar a cabo las actividades propuestas por el Centro como: entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, acogida, autocontrol y educación para la salud. Por último, informará, orientará y apoyará a los usuarios y sus familias, y se coordinará con todos los miembros del equipo técnico para evaluar semanalmente la evolución de los usuarios.

- Terapeuta ocupacional: Diplomado en Terapia ocupacional. Será el responsable de llevar a cabo y supervisar los programas de las actividades como la psicomotricidad y las de la vida diaria; evaluará e intervendrá en aquellas actividades de las áreas relacionadas con los autocuidados y la

autonomía básica; se coordinará con los demás profesionales del centro para planificar intervenciones en las áreas mencionadas y organizar actividades de ocio y tiempo libre. Se deberá de responsabilizar con el seguimiento y tutorización de los usuarios que le sean asignados. Por último, organizará también el trabajo del voluntariado para que puedan incorporarse al Centro.

- Educadores Sociales: titulados en la Diplomatura de Educación Social. Tutorizarán y realizarán el seguimiento de aquellos usuarios que se les asignen; llevarán a cabo las actividades de los programas de acogida, las actividades de la Vida Diaria y el apoyo comunitario. Se coordinará con los profesionales del centro semanalmente y con otros recursos socio-comunitarios para la integración normalizada de los usuarios atendidos. También llevará a cabo la organización de las salidas programadas por el Centro, como por ejemplo, las actividades de ocio y tiempo libre, excursiones, etc.
- Trabajador Social: con la titulación de Graduado en Trabajo Social o Diplomado en Trabajo Social. Principalmente llevará a cabo las tareas de intervención social y valoración de los usuarios derivados por la Unidad de Salud Mental. Se encargará de detectar y prevenir cualquier tipo de problemas entre los usuarios o dificultades para evitar situaciones de riesgo social o exclusión entre ellos. Deberá de orientar, informar y asesorar tanto a los usuarios, como a las respectivas familias, siempre que éstas tengan algún problema o duda sobre recursos formativos, laborales, educativos, de ocio, etc. Llevará a cabo los seguimientos de aquellos usuarios que le sean asignados. Participará coordinadamente, cada semana, en las reuniones con el equipo técnico, así como también se coordinará con otras asociaciones y recursos de la zona para llevar a cabo una mejor rehabilitación de los usuarios del Centro.

- Administrativo: con una formación Técnico Superior en Administración y Finanzas. Será el encargado de almacenar todo tipo de documentación, fichas y registros de profesionales y usuarios del Centro. Asumirá todo el proceso informático de entradas y salidas del centro, y preparará los presupuestos. Hará de gestor de contabilidad.
- Técnico de empleo/Preparador laboral: con una titulación de Técnico Superior en Orientación Laboral. Tendrá la responsabilidad de estar al corriente de todo tipo de actualizaciones de ofertas laborales disponibles; negociar y buscar empresarios que estén dispuestos a trabajar con discapacitados psíquicos; enseñar a los usuarios en qué consisten los puestos de trabajo intentando hacer una pronta integración en los mismos, así como también se encargará de supervisar la inserción laboral del usuario. Su fin último es apoyar al usuario en el mantenimiento de su tratamiento psiquiátrico y en la continuidad de su trabajo, así como ayudar a la familia y al propio usuario en el abordaje de problemáticas que puedan surgir en el contexto laboral.

3.6.1.3. Ratios de profesionales/usuarios

En este apartado se especifica por qué se van a contratar a estos profesionales, cuáles son los límites o la capacidad, en relación al número de usuarios, de este Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2008), que estipula lo siguiente:

- a) Habrá un psicólogo para un número óptimo de 20 usuarios y un máximo de 30.
- b) Un trabajador social y un terapeuta ocupacional para un mínimo de 60 usuarios y un máximo de 90.

- c) Un educador social para un óptimo de 30 usuarios y un máximo de 45.
- d) Un técnico de empleo para un mínimo de 20 usuarios y un máximo de 30.

3.6.2. Recursos materiales

Para que el Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial desempeñe sus funciones correctamente deberá disponer de unos recursos materiales que propicien el desarrollo de este Centro. Para ello habrá que hacer mención de la Ley de prevención de Riesgos Laborales 31/1995 donde se recogen las condiciones de habitabilidad que debe cumplir un dispositivo de estas características.

La puesta en marcha de este proyecto necesitará contar con los siguientes recursos materiales:

- Un despacho para cada profesional, es decir, seis despachos (ya que los dos educadores/as sociales compartirán el mismo) y un área de recepción para el administrador. Estos despachos contarán con una mesa, y cuatro sillas para poder realizar las entrevistas con el usuario y sus familiares. También contarán con un ordenador, impresora, un armario en el que guardar los historiales y garantizar su confidencialidad (cerrados con llave) y material de oficina.
- Una zona común espaciosa con un patio exterior para que los usuarios puedan tomar su tiempo de descanso entre actividades o interaccionar entre ellos.
- Cuatro salas polivalentes, donde dos de ellas se pueden convertir en una sola para realizar actividades grupales, fiestas, asambleas etc. Otra sala estará reservada a modo de biblioteca/ludoteca con libros, prensa,

ordenadores etc. La última sala, más pequeña, será donde el equipo técnico de profesionales se reunirá una vez por semana.

- También este Centro de Día contará con una instalación de cocina. En este espacio se desarrollarán actividades en grupos para aprender a realizar alimentos y comidas básicas. La cocina/comedor contará con materiales de cocina, mesas y sillas.

3.5.3. Recursos técnicos

El Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial para enfermos mentales graves contará con una red de ordenadores privada para el equipo de profesionales, que mediante un programa personalizado podrán acceder a los informes de la Unidad de Salud Mental, a los informes que vayan redactando unos profesionales y los otros sobre los usuarios en los diferentes procesos, para ver la evolución de los pacientes etc. Por otro lado, habrá un sistema de red wifi para el resto de los usuarios que contarán como se ha dicho de un aula con ordenadores conectados a Internet.

Los profesionales contarán con un teléfono cada uno, con extensiones para comunicarse entre ellos y también de cara a coordinarse con otras instituciones y/o familiares.

3.5.4. Recursos económicos

Para la realización del presente proyecto se solicitarán subvenciones a la Diputación Provincial de Zaragoza, la Diputación General de Aragón, el Ayuntamiento de Zaragoza, además de contar con la aportación económica del propio fundador y director de la residencia. De modo más concreto, se solicitarán subvenciones para entidades sin ánimo de lucro que concede el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia (Gobierno de Aragón).

3.6. Financiación y presupuestos.

Para realización del presupuesto de este Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial para enfermos mentales con esquizofrenia, la Diputación General de Aragón (DGA) destinará aproximadamente 180.000 euros para este centro que ubicado en el barrio de las Fuentes, en el que se atenderá a unos 20 a 25 usuarios aproximadamente. Cabe decir que la fundación recibirá una dotación inicial del fundador, además de otros ingresos que pueda obtener de la Diputación Provincial de Zaragoza (DPZ) y del Ayuntamiento de Zaragoza.

También este Centro de Día, generará unos 15 puestos de trabajo fijos entre titulados universitarios, técnicos y personal administrativo, que se encargarán de atender a los enfermos mentales graves.

A continuación se muestran dos tablas, una con los ingresos que tendrá el centro aproximadamente y otra con los gastos que este Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial para enfermos mentales graves con esquizofrenia supondrá (ver Tablas 8 y 9). Todo ello se dará desde la inauguración del Centro durante el primer año.

Tabla 8. Gastos del Centro de Día.

CONCEPTOS	DETALLE	COSTE TOTAL	DETALLE CONCEPTOS
HONORARIOS PROFESIONALES	DIRECTOR	2.400 €/mes	Salario profesional.
	PSICÓLOGO	1.300 €/mes	
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1.250 €/mes	
	EDUCADORES SOCIALES	1.120€/mesX2= 2.240€/mes	
	TRABAJADOR SOCIAL	1.120€/mes	
	PREPARADOR LABORAL	930€/mes	
	ADMINISTRATIVO	900€/mes	
	SERVICIO DE LIMPIEZA	800€/mes	
COSTE AL AÑO DE LOS SUELDOS	TODOS LOS TRABAJADORES	131.280 €/año	
MATERIAL DE LAS ACTIVIDADES	MATERIAL.FUNGIBLE		Serán necesarios para llevar a cabo las actividades propuestas.
	Ordenadores	15.000€	
	Mesas	2.500€	
	Sillas	1.800€	
	Máquinas de Rehabilitación	40.000€	
	Material oficina	2.600€	
	Material cocina	800€	
	Material escolar	300€	
GASTOS DEL CENTRO	Mobiliario	12.000€	
	Productos de limpieza	80€	
MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES AL AÑO	Luz	37.850€	
	Agua		
	Otros		
ALQUILER		Al mes: 1.800€ Al año: 21.600€	
TOTAL GASTOS:	276.750€/año		

Tabla 9. Ingresos del Centro de Día.

CONCEPTOS	DETALLE	COSTE TOTAL	DETALLE CONCEPTOS
CUOTAS DE LOS USUARIOS	540x25	=13.500€/mes = 162.000€/año	Dinero al año per cápita que se recauda con las cuotas aproximadamente.
SUBVENCIÓN DGA		180.000€	A devolver en un plazo de 5 años, estando el primer año exento
SUBVENCIÓN DPZ		3000€	A fondo perdido
FUNDADOR	DIRECTOR DEL CENTRO DE DÍA	200.000€	Cuenta con este capital de un crédito que le han concedido en el BBVA a un interés del 2% a devolver en 20 años
TOTAL INGRESOS:		545.000€/el primer año	Dinero del que se dispondrá para abrir el centro y con el que se contará el primer año

3.7. Evaluación del proyecto

Se realizarán dos evaluaciones a lo largo del año, una en Junio y otra en Diciembre, donde participarán todos los miembros del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial, especialmente el equipo técnico encargado de realizar dicha evaluación. En ella deben quedar reflejados los aspectos más importantes acontecidos en el centro, así como los resultados de la intervención con los usuarios.

La evaluación del proyecto es un proceso por el cual se determinará el establecimiento de cambios generados por el proyecto a partir de la comparación entre el estado actual de los usuarios y el estado previsto en su planificación inicial. Es decir, se evaluará si el proyecto ha logrado cumplir sus objetivos y se valorará la eficacia del recurso en torno al ámbito de la red asistencial. Esto tiene que ver con la capacidad operativa que el Centro de Día

de Rehabilitación Psicosocial tiene para dar respuesta a las necesidades de los servicios derivantes.

También se hará una valoración de la eficacia en general de la intervención diseñada para los usuarios y sus familiares. Por último, se realizará una valoración de la eficacia individual de cada programa de actividades planteadas para la mejora de la calidad de vida de los usuarios. Dichas evaluaciones se realizarán en reuniones con todo el equipo terapéutico.

Además, el director del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial será el encargado de evaluar el grado de satisfacción que tienen los propios usuarios y los intereses para seguir adelante con este proyecto mediante la administración de un cuestionario breve. Una vez realizado este cuestionario se tendrán en cuenta todo tipo de sugerencias para poder mejorar en un futuro.

En definitiva, los resultados de la evaluación implican comprobar si se han cumplido realmente los objetivos establecidos en el proyecto de intervención. Por ello, se comprobará el nivel de logro de los usuarios y se actuará para mejorar la situación en caso de considerarse necesario.

4. CONCLUSIONES

4. CONCLUSIONES

Se exponen a continuación las principales conclusiones del presente proyecto.

A) A pesar de los avances que se han producido en el ámbito de la salud mental en general y la atención a los enfermos mentales graves en particular, en la sociedad en la que vivimos todavía están muy presentes los prejuicios y estigmas asociados a las enfermedades mentales. Las personas, en la mayoría de ocasiones debido a su ignorancia, tienden a mostrar un rechazo (al menos inicial) hacia los enfermos mentales y son estos los que sufren las consecuencias de ser etiquetados por una parte de la población como “locos”.

B) Siguiendo con la situación actual de la Salud Mental en España, si bien se han alcanzado grandes logros en los últimos años, todavía siguen existiendo grandes necesidades que cubrir para el colectivo de enfermos mentales graves, que esperemos que se vayan subsanando en un futuro. No obstante, creemos que la situación económica actual, y por tanto su influencia en las políticas sanitarias, afectarán significativamente el abordaje de las necesidades específicas de estas personas. Además, el colectivo de enfermos mentales y sus familias todavía siguen teniendo poca capacidad a la hora de hacer presión a los gobiernos y sus políticas.

C) Como aspectos positivos de la red asistencial actual, debemos señalar que, en comparación con años anteriores, se han incrementado las prestaciones, se atiende a más personas con patologías mentales y existen mejores profesionales (más especializados y mejor formados), que han contribuido a mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales y de sus familiares.

D) Sin embargo, y en relación con lo anterior, se puede observar que existe una gran desigualdad en cuanto al desarrollo y la calidad de los servicios

que existen en Salud Mental en las distintas Comunidades Autónomas, hasta el punto en el que, a pesar del incremento de las demandas y por culpa de la escasez de recursos específicos (como los centros de rehabilitación psicosocial), los servicios de salud mental se muestran insuficientes para dar respuesta a todas las necesidades de determinados colectivos, como los enfermos mentales graves.

E) También cabe decir que debido a lo comentado anteriormente, aquellos pacientes con enfermedad mental que tengan un menor acceso a recursos específicos, tienen un mayor riesgo de exclusión social, lo cual no solo no contribuye a estabilizar su situación individual y familiar sino que puede llegar a agravar el propio proceso de enfermedad.

F) Actualmente, contamos con una serie de tratamientos para el abordaje de las enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, que han demostrado su utilidad. Sin embargo, es fundamental trabajar con los pacientes en la adecuada adherencia a los mismos, puesto que el abandono o la no adherencia al tratamiento pueden contribuir a la aparición de nuevas crisis y a la desestabilización del individuo.

G) Las personas que padecen enfermedades mentales graves no solamente presentan consecuencias físicas manifiestas, sino que desde el momento de aparición de la enfermedad se ven afectadas todas las esferas del individuo, como la esfera social, la laboral, su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad. Es por ello, que creemos fundamental la creación de servicios de rehabilitación psicosocial y programas específicos dirigidos a que los enfermos, en compañía de profesionales cualificados, palién sus déficits en estas áreas. Trabajar conjuntamente en la adquisición de habilidades y capacidades para afrontar la vida diaria, para relacionarse satisfactoriamente con la comunidad, y poder acceder al mercado laboral, contribuyen indudablemente a la integración social de estas personas. El fin último no es otro que mejorar la calidad de vida de estas personas, motivo por

el cual, la rehabilitación psicosocial y el apoyo comunitario se han convertido actualmente en recursos esenciales en la buena atención socio-sanitaria de estos individuos.

I) La figura del trabajador social dentro de los Centros de Rehabilitación Psicosocial es fundamental. Este profesional se centrará en la problemática social de los usuarios, e intervendrá para facilitar el cambio y ayudar en el proceso de aceptación, prevención y promoción, así como en la inserción en la comunidad del enfermo mental grave.

5. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

5. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4th ed., revised text*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002).

Ander-Egg, E. y Aguilar, M. J. (1989). *Como elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Argentina: Litodar.

Blanco, A. y Pastor, A. (1997). *Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades*. Madrid: Pirámide.

Brandt, G. A. (1983). *Psicología y Trabajo Social*. Barcelona: Herder.

Browne, G., Courtney, S. M., Huang, C. y Schoeremus, G. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24, 255-262.

Chueca, Y., Vicente, M. y Muñoz, N. (2006). *Ciudad y barrios de Zaragoza. Fuentes de la Cultura Popular*. Zaragoza: Área de Educación y Acción Social.

Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Com.

Comunidad Autónoma de Aragón (2007). *Plan Estratégico de Salud Mental*. Zaragoza: Gráficas Lema.

- Comunidad de Madrid y Obra Social de Caja Madrid. (2006). *Estigma social y enfermedad mental*. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Díaz, M., Comeche, M. y Vallejo, M. (1993) *Técnicas de autocontrol*. Madrid: Pirámide.
- Fernández de Larrinoa, P., Patti, F., Seguí, J. D., Ortiz-Tallo, M. y de Diego, Y. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23, 388-393.
- García, J., Espino, A. y Lara, L. (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Gisbert, C. (2002) *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Howard, P. Lam, R. Rosenheck, J. y Norman, C. (2007). *Antidepressant medications and other treatments of depressive disorders: a CINP Task Force report based on a review of evidence*. Génova: Supplement.
- Jiménez, J. F., Maestro, J. C. y Moreno, B. (2004). Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 4, 159-174.
- Leal, F. y Castilla, A. (2002). *Luces y sombras en los procesos de rehabilitación psicosocial de los enfermos psicóticos*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid.

Ministerio de Educación Política Social y Deporte. (2007). *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.

Seva, A. (Coord.) (1996). *La esquizofrenia: Los pacientes esquizofrénicos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social*. Zaragoza: Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón.

Vázquez, C. y Muñoz, M. (2002). *Entrevista diagnóstica en Salud Mental*. Madrid: Síntesis.

WEBGRAFÍA

Página web sobre noticias jurídicas:

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I141986.tp.html. Consultada por última vez el 14 de abril de 2012.

Página web del Gobierno de Aragón, Instituto Aragonés de la Juventud:

http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Organismos/InstitutoAragonesJuventud/AreasTematicas/Salud/PrevencionSalud/ci.07_Servicios_Sanitarios.detalleDepartamento?channelSelected=a2893e1ebf90b210VgnVCM100000450a15acRCRD. Consultada por última vez el 5 de junio de 2012.

Página web de la Organización Mundial de la Salud:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/. Consultada por
última vez el 11 de junio de 2012.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURA

Tabla 1. Cronograma del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial.	53
Tabla 2. Programación del Lunes.	54
Tabla 3. Programación del Martes.	54
Tabla 4. Programación del Miércoles.	55
Tabla 5. Programación del Jueves.	55
Tabla 6. Programación del Viernes.	56
Tabla 7. Equipo de profesionales del Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial.	57
Tabla 8. Gastos del Centro de Día.	65
Tabla 9. Ingresos del Centro de Día.	66

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I. Registro de datos iniciales para el pre-ingreso.

ANEXO II. Historia personal y aspectos relevantes.

ANEXO III. Acogida.

ANEXO IV. Programa Individual de Rehabilitación.

ANEXO I. REGISTRO DE DATOS INICIALES PARA EL PREINGRESO

(A cumplimentar por personal Administrativo)

Nombre y Apellidos:

Nº Historia Clínica (de la Unidad de Rehabilitación):

Fecha de derivación (reflejada en el informe clínico de derivación):

Domicilio:

Teléfono:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Convivencia:

Familiar de contacto:

D.N.I.:

Nº Seguridad Social:

Diagnóstico de Salud Mental

(según CIE10): Psiquiatra de
referencia:

Teléfono de psiquiatra de referencia:

Teléfono del CSM:

Fecha de acogida en la Unidad de Rehabilitación:

Tutor:

ANEXO II. HISTORIA PERSONAL Y ASPECTOS RELEVANTES

PARTE I: HISTORIA PERSONAL

(A cumplimentar por el/la Tutor/a del paciente)

1. Diagnósticos (CIE-10):

Diagnósticos conocidos.-

1º- _____

2º- _____

2. Edad de inicio de enfermedad: _____

3. Años de evolución: _____

4. Ingresos hospitalarios:

Nº Edad Fecha Lugar

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5. Estudios:

☐ Analfabeto. ☐ Bachiller. ☐ Titulado superior.

☐ Sin estudios. ☐ F.P.1. ☐ Otros.

☐ Certificado de escolaridad ☐ F.P.2.

☐ Certificado de E.S.O. ☐ Titulado medio.

6. Situación legal:

☐ Responsable ante la ley. ☐ Incapacitado con tutela.

☐ Incapacitado con curatela. ☐ Incapacitación en trámite.

7. Situación laboral:

- ☐ Activo. ☐ Rentista. ☐ I.L.P. (trabajo habitual).
- ☐ Buscando 1º empleo ☐ Estudiante. ☐ I.L.P. (todo tipo de trabajo).
- ☐ Desempleo con prestación. ☐ Labores del hogar. ☐ I.L.P. Absoluta.
- ☐ Desempleo sin prestación. ☐ I.L.T. ☐ Otros.
- ☐ Pensionista/Jubilado. ☐ I.L.P.

8. Relación con la justicia:

- ☐ Con antecedentes. ☐ Cumpliendo condena.
- ☐ Sin antecedentes. ☐ En libertad condicional.

9. Nivel socio-económico familiar:

- ☐ Bajo. ☐ Medio. ☐ Alto.
- ☐ Medio-bajo. ☐ Medio-alto. ☐ No conocido.

10. Ingresos propios (si dispone de ingresos propios, especificar cantidad):

- ☐ Si. ☐ No. ☐ Desconocido.

11. Tratamiento:

- ☐ Farmacológico principalmente. ☐ Ambos.
- ☐ Psicoterapia principalmente. ☐ Ninguno.

12. Incidencias:

- ☐ Sin primer contacto.
- ☐ Abandono después del primer contacto (sólo visto una vez).
- ☐ Abandono en evolución.

13. Otros recursos sanitarios que esté utilizando o que haya utilizado:

PARTE II. ASPECTOS RELEVANTES (CLINICOS, SOCIALES, BIOGRÁFICOS, FAMILIARES, PREMORBIDOS Y PERSONALES)

1. CLÍNICOS (a cumplimentar por el facultativo/coordinador/a del centro):

- Psicopatología actual:
- Enfermedades somáticas actuales:
- Diagnósticos actuales (CIE-10):
- Tratamiento actual (farmacológico y/o de otro tipo):
- Posibles efectos secundarios del tratamiento actual:
- Breve historia evolutiva de la enfermedad (orden a seguir: debut, posibles ingresos y causas de los mismos, diagnósticos recibidos, tratamientos y respuesta a los mismos, años de evolución):
- Posibles factores precipitantes de las crisis o períodos de descompensación sintomatológica.
- Conciencia de enfermedad:
- ¿Qué información tiene sobre su tratamiento farmacológico y/o de otro tipo?:
- Cumplimentación del tratamiento:
- Responsabilidad ante el tratamiento:

Fecha:

Metodología

Nombre y firma del Psiquiatra/Coordinador/a del centro:

2. BIOGRÁFICOS (a cumplimentar por el/la Psicólogo/a Clínico/a):

-Reflejad solo los datos biográficos relevantes

3. PERSONALES (a cumplimentar por el/la Psicólogo/a Clínico/a):

-Características de personalidad y otros aspectos relevantes:

Fecha:

Metodología empleada:

Nombre y firma el/la Psicólogo/a Clínico/a:

4. FAMILIARES y SOCIALES (a cumplimentar por el/la Trabajador/a Social):

Fecha:

Metodología empleada:

Nombre y firma del Trabajador/a Social:

ANEXO III. ACOGIDA

Primer día de contacto (fecha:)

- **Coordinador/a del programa de Rehabilitación psicosocial:**

1. Recibir en su despacho al paciente y a los familiares que le acompañen.

Observaciones:

2. Conocer las expectativas que tienen paciente y familiares del centro y la información de la que disponen:

Observaciones:

1. Informar de forma sucinta acerca de la finalidad de la Rehabilitación psicosocial:

Observaciones:

4. Mientras los familiares se reúnen con el Trabajador/a Social, se entrevistará con el paciente con el objetivo de valorar la conciencia que tiene de su enfermedad y su motivación para iniciar el trabajo de rehabilitación:

Observaciones:

5. Dar una cita con el tutor asignado al paciente:

Tutor:

Cita:

Fecha:

Nombre y firma del Coordinador/a del programa de Rehabilitación psicosocial:

• **Trabajador/a Social:**

1. Entrevistar a los familiares del paciente para recabar la siguiente información:

-Datos adicionales al informe social de derivación del Centro de Salud Mental:

2. -Necesidades de la familia:

-Aspectos personales del paciente (intereses, aficiones, valores...) que nos puedan ser útiles en el diseño de las actividades de enganche:

3. Dar otra cita a los familiares de considerarlo necesario y/o bien averiguar el modo de contactar con ellos (teléfono, hora y momento del día).

Cita:

Contacto:

Familiar:

Fecha:

Nombre y firma del/a Trabajador/a Social:

• **Tutor asignado al paciente:**

1. Entrevistar al paciente con el objetivo de averiguar aspectos de su vida (intereses, aficiones, valores...) que nos pueden servir en el diseño de las actividades de enganche y necesidades percibidas por el mismo:

Observaciones:

2. Informar al paciente y a la familia de horarios del centro, normas generales de funcionamiento, programas y actividades (proporcionando folleto informativo):

Observaciones:

ANEXO IV. PROGRAMA INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN.

EVALUACIÓN POR ÁREAS PREVIA A LA ELABORACIÓN DEL P.I.R.

CR-EPP-1

1. FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

(A CUMPLIMENTAR POR EL PSICÓLOGO)

- 1.1. Habilidades Cognitivas Básicas (Orientación, atención, concentración y memoria)
- 1.2. Funciones ejecutivas.
- 1.3. Habilidades viso-espaciales.
- 1.4. Procesamiento de la información (Curso del pensamiento y lenguaje)
- 1.5. Capacidad de aprendizaje.

2. AUTOCONTROL EMOCIONAL Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

(A CUMPLIMENTAR POR EL PSICÓLOGO)

- 2.1. Ansiedad / Estrés y manejo de los mismos.
- 2.2. Depresión y manejo de la misma.
- 2.3. Ira / Agresividad y manejo de las mismas.
- 2.4. Síntomas positivos y manejo de las mismas.
- 2.5. Autoconcepto-Autoestima.
- 2.6. Resolución de problemas.

3. HABILIDADES SOCIALES

(A CUMPLIMENTAR POR EL PSICÓLOGO)

- 3.1. Básicas (gestos, postura, mirada, proximidad, tono y volumen de voz)
- 3.2. Conversacionales (escuchar, iniciar y mantener conversaciones...)
- 3.3. Asertivas (comunicar sentimientos, pedir ayuda, expresar disconformidad...)

**4. RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO:
CONCIENCIA, RESPONSABILIDAD, CUMPLIMIENTO Y RESPUESTA.**
(A CUMPLIMENTAR POR EL PSICÓLOGO)

5. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

(A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TERAPEUTA OCUPACIONAL)

- 5.1. AVD Básicas (Higiene y vestido)
- 5.2. AVD Instrumentales I (limpieza del hogar, cuidado de ropa...)
- 5.3. AVD Instrumentales II (Organización del hogar, gestiones y manejo de transporte)

6. HABILIDADES EN SALUD

(A CUMPLIMENTAR POR ENFERMERÍA)

- 6.1. Hábitos de vida saludables.
- 6.2. Información sobre enfermedades habituales.
- 6.3. Capacidad de reconocer el malestar físico y poner remedio.
- 6.4. Alimentación (horario, dieta, ritmo, problemas en la ingesta)
- 6.5. Actividad física.
- 6.6. Consumo de drogas, alcohol y otras sustancias perjudiciales (café, refrescos, colas, etc.)
- 6.7. Sueño (Horario, ritmo, alteraciones)

7. PSICOMOTRICIDAD

(A CUMPLIMENTAR POR LOS TERAPEUTAS CORRESPONDIENTES)

- 7.1. Concepción del ritmo.
- 7.2. Lateralidad.
- 7.3. Coordinación viso-manual.
- 7.4. Coordinación viso-pedal.
- 7.5. Control postural.
- 7.6. Organización perceptiva.
- 7.7. Desplazamiento y marcha.

7.8. Coordinación dinámica en general.

8. DESEMPEÑO LABORAL

(A CUMPLIMENTAR POR TERAPEUTA OCUPACIONAL Y/O TRABAJO SOCIAL)

8.1. Capacidad laboral.

8.2. Motivación.

8.3. Expectativas laborales.

9. RECURSOS DE INTEGRACIÓN- SOPORTE SOCIAL

(A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL)

9.1. Actividades Principales.

9.2. Red de soporte social (excluyendo familiares)

9.3. Autonomía económica.

9.4. Soporte residencial.

9.5. Inserción en Recursos Sociales.

10. SOPORTE FAMILIAR

(A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL)

11. OCIO Y TIEMPO LIBRE

(A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TERAPEUTA OCUPACIONAL)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

(A cumplimentar por el/la Tutor/a)

CR-PIR-1

0. DATOS PERSONALES.

Nombre y Apellidos del paciente:

Nº Historia Clínica:

Tutor/a del Paciente:

Fecha:

Metodología empleada:

Nombre y firma de el/la Tutor/ra del paciente.

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

2. NECESIDADES Y RECURSOS / POTENCIALIDADES EN ÁREAS DE EVALUACIÓN.

Necesidades

Recursos

1. Funcionamiento Cognitivo.

SI

NO

Prioritarias SI

NO

2. Autocontrol emocional y afrontamiento al estrés.

SI

NO

Prioritarias SI

NO

3. Habilidades Sociales.

SI

NO

Prioritarias SI

NO

4. Relación con la enfermedad y el tratamiento.

SI

NO

Prioritarias SI

NO

5. Actividades de la vida diaria.

SI

NO

Prioritarias SI

NO

3. NECESIDADES Y RECURSOS/ POTENCIALIDADES EN ÁREAS DE EVALUACIÓN (CONTINUACIÓN)

Necesidades

Recursos

6. Habilidades en Salud

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

7. Psicomotricidad.

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

8. Desempeño Laboral.

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

9. Recursos de Integración

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

10. Soporte Familiar

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

11. Ocio y Tiempo Libre

	SI	NO
Prioritarias	SI	NO

Plan Individualizado de Rehabilitación

(A cumplimentar por el/la Tutor(a))

2. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE ACTUACION.

Objetivos	Estrategias